

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 13 Janvier 1898, à 1 heure*PAR **Georges N. IARCA**

NÉ A RIMNICU-SARAT (ROUMANIE), LE 5 JUIN 1865.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'APPENDICITE

PENDANT LA GROSSESSE & LES SUITES DE COUCHES

Président : M. Paul BERGER, Professeur.

<i>Juges</i> {	MM. GUYON,
	MAYGRIER,
	ALBARRAN.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'Enseignement médical.*

PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

93, Boulevard Saint-Germain, 93

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

136

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Janvier 1898, à 1 heure

PAR **Georges N. IARCA**

NÉ A RIMNICU-SARAT (ROUMANIE), LE 5 JUIN 1865.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

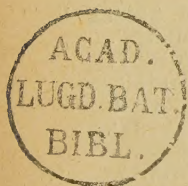
L'APPENDICITE

PENDANT LA GROSSESSE & LES SUITES DE COUCHES

Président : M. Paul BERGER, Professeur.

Juges { MM. GUYON,
MAYGRIER,
ALBARRAN.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'Enseignement médical.*



PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

93, Boulevard Saint-Germain, 93

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

MM.

Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	Mathias DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements.	N..
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM. DELBET.	MM. MARFAN.	MM. SÉBILEAU.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILBERT.	MÉNÉTRIER.	THOINOT.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON.	TUFFIER.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	VARNIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef de str. anat.	WALTHER.
BROCA.	HARTMANN.	REITERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.

Le Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Hommage de mon respect filial.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. BERGER

AVANT-PROPOS

Nous avons été touché de l'accueil plein de bienveillance avec lequel M. le Professeur Berger a bien voulu accepter de présider notre thèse et nous le prions de bien vouloir accepter nos respectueux remerciements.

Nous sommes reconnaissant à M. le Professeur agrégé Maygrier, qui a inspiré ce travail et qui a mis à notre disposition l'observation qui y est reproduite.

Nous prions M. le Professeur Budin de bien vouloir accepter nos respectueux remerciements pour la bienveillance qu'il nous a montrée et pour nous avoir communiqué ses deux observations.

M. le Professeur agrégé Reclus, nous permettra de lui témoigner notre reconnaissance pour l'enseignement que nous avons reçu de lui et pour la bienveillante amitié qu'il nous a toujours montrée.

Nous prions MM. les D^{rs} Potherat, Soucques et Brindeau de recevoir les marques de notre amitié ; ainsi que M. Barthélemy, pharmacien, et tous ceux qui ont bien voulu nous donner des témoignages de leur intérêt et de leur sympathie.



INTRODUCTION

L'étude de l'appendicite en général est encore à l'ordre du jour, car tous les médecins et chirurgiens ne sont pas complètement d'accord, malgré le nombre considérable de travaux sur la question.

Il y avait cependant un point qui n'avait été qu'effleuré, c'est-à-dire l'étude de l'appendicite pendant la grossesse, et sur lequel les observations ne sont pas nombreuses.

Dans nos recherches bibliographiques, nous en avons trouvé une de *Wiggin*, datant de 1889; mais elle n'a été publiée qu'en 1892, après celle de *Stimson* (1890), de *Hirst* (1890-1891), *Mixter* (1891); ensuite viennent celles de *Mundé*, *Mac Arthur*, *Thomasson*, *Penrose*, *Crutcher*, *Schaie*, *Abrahams*, *Bayley* et *Black*.

En France, il n'y avait que les observations de MM. *Legendre* et *Tuffier*, et nous étions sur le point de ne plus compter qu'une observation de M. le Dr *Maygrier* et deux de M. le Dr *Budin*, quand le 30 novembre parut la thèse de M. le Dr *Boullier*, avec un contingent de trois observations inédites dues à MM. *Laroyenne*, *Bouvet* et *Vinay*; ce qui nous fait un total de 29 cas à peine, nombre bien restreint à côté de milliers de grossesses, qui ont dû être comptées pendant ce temps.

Plusieurs de ces observations sont suivies de réflexions qui les concernent et qui sont fort intéressantes et instructives. La thèse de M. *Boullier* est intéressante par les nouvelles acquisitions et connaissances qu'il apporte à la question.

Avec ces éléments, nous avons cherché à faire un travail d'ensemble sur la question. C'est pour cela que nous avons reproduit autant que possible *in extenso* les observations, et, nous inspirant d'autre part des travaux publiés sur l'appendicite en général et des conseils de nos maîtres MM. *Reclus* et *Maygrier*, nous avons partagé ce travail de la façon suivante :

1° Anatomie pathologique.

2° Etiologie.

3° Influence de l'appendicite sur la grossesse et vice versa.

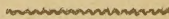
4° Symptomatologie.

5° Diagnostic.

6° Pronostic.

7° Traitement.

Conclusions.



CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE

PENDANT

LA GROSSESSE ET LES SUITES DE COUCHES

CHAPITRE PREMIER.

Anatomie pathologique.

Nous n'avons pas à faire l'anatomie de l'appendice, car elle est bien décrite dans tous les ouvrages. Nous ne faisons que mettre en relief certains points, qui nous intéressent au point de vue duquel nous nous plaçons :

La situation de l'organe a une importance considérable ; car, ainsi que l'ont démontré les recherches anatomiques, il n'a pas toujours sa situation normale et peut soit se rapprocher des organes pelviens jusqu'à contracter des rapports très intimes avec eux, soit s'en éloigner et se trouver dans la fosse lombaire droite ou iliaque gauche.

Pendant la grossesse, l'utérus remontant, il tend naturellement à se rapprocher de l'appendice : d'où des rapports plus intimes.

La direction est le plus souvent en arrière ; mais il peut se diriger en dedans et en haut ou en bas et en dedans.

La longueur peut varier de quelques millimètres jusqu'à 15 centimètres. D'après *Tarenetzky*, elle augmente chez l'adulte et diminue chez le vieillard.

Ribbert dit que l'appendice atteint son maximum de longueur de 10 à 30 ans et diminue ensuite.

Le processus inflammatoire est dû à une folliculite, qui a été bien étudiée par *M. Letulle*.

Nous adoptons la division de notre Maître, *M. le Professeur agrégé Reclus*, qui est :

I. Appendicite à foyer inflammatoire non appréciable;

II. Appendicite à foyer inflammatoire localisé;

III. Appendicite avec péritonite généralisée;

IV. Appendicite chronique ou à rechutes.

I. — APPENDICITE A FOYER INFLAMMATOIRE NON APPRÉCIABLE.

L'appendicite à foyer inflammatoire non appréciable, *Catarrhale* des Américains, ou *colique appendiculaire*, est bien décrite dans la thèse de *Le Guern*, du 10 mai 1893.

« L'appendice est augmenté de volume. Il est dilaté, turgescent, comme en érection, gros comme le petit doigt ou l'index; ses parois sont plus épaisses; sa cavité est élargie et remplie de mucus visqueux ou semipurulent. Le péritoine qui recouvre l'appendice est dépoli et parfois il existe des adhérences, même 48 heures après le début de la maladie. La cavité de l'appendice contient des microbes, dont le *Bacterium coli* commune d'*Escherich* est le plus fréquent.

« L'examen histologique nous montre les vaisseaux de

la muqueuse et de la sous-muqueuse dilatés et gorgés de globules rouges, les culs-de sac des glandes en tubes remplis de grandes cellules, le tissu interstitiel infiltré de cellules embryonnaires. Les cellules endothéliales de revêtement sont en partie dégarnies, ou bien augmentées de volume, contenant des vacuoles ou des granulations.» Ces lésions peuvent disparaître sans laisser de trace ou bien tendre vers une évolution différente : soit à abcès localisé, soit à péritonite généralisée, soit à la chronicité.

II. — APPENDICITE A FOYER LOCALISÉ.

Dans cette forme l'inflammation envahit non-seulement tout l'organe, mais les tissus environnants, et alors il se produit de la suppuration avec des adhérences plus ou moins grandes, formant des abcès intra-abdominaux.

L'observation de *Mixter* (N. J.) nous montre qu'en faisant l'opération on a trouvé en dehors du colon ascendant et par dessus le cæcum *une masse dure*, qui refoulait les intestins. Cette masse n'était qu'un abcès dans lequel on trouva deux concrétions calcaires et l'appendice très gros et perforé à son extrémité qui s'élevait jusqu'au rein auquel il adhérerait. La cavité de l'abcès se continuait en cul-de sac, sur la longueur de l'appendice.

Ici l'abcès a une poche propre et l'appendice est libre.

Dans d'autres cas, il se trouve dans la poche formée par les anses intestinales agglutinées et le péritoine où il est libre comme dans les observations de *Mundé* (I, II)

VIII et IX; *Abrahams*, X; *Hirst*, XI; *Laroyenne*, XII; et *Harrisson*, XIII; ou il est adhérent à la paroi abdominale, comme dans celle de *Penrose*, XIV, ou à l'intestin ou bien au cæcum.

Dans d'autres cas, l'abcès est limité par les intestins agglutinés, le péritoine et l'utérus, comme dans l'observation de *Mac-Arthur*, XV.

Quant à l'état de l'appendice, il peut être : ou congestionné, ou hypertrophié, ou sphacélé, ou gangrené, perforé, ou bien morcelé. Le pus peut être jaunâtre, à odeur de fécule de pomme de terre, ce qu'on appelait autrefois de bonne nature, grumeleux ou fétide. Les microbes qui s'y trouvent ont été décrits par *Achard* et *Broca*. Dans cette analyse, nous voyons le coli-bacille soit seul, soit associé au streptocoque, au staphylocoque blanc, aux deux réunis, au pneumocoque, avec des saprophytes divers ou des bacilles indéterminés, parmi lesquels on n'a pas pensé à celui de Koch; moins fréquemment le streptocoque et le staphylocoque est trouvé seul. Ou ces abcès s'enkystent et donnent naissance à une forme de l'appendicite chronique, ou bien ils s'ouvrent.

Gester admet cinq types principaux: 1° *abcès inguinal*, 2° *antérieur*; 3° *postérieur ou retrocæcal*; 4° *prérectal ou pelvien*; et 5° *mésocélique*.

Bull, cité par *Paulier*, donne la statistique de 67 cas, qui se sont fait jour:

28	fois à l'extérieur.
15	— dans le cæcum.
8	— — péritoine.
16	— — les divers organes.

Guterman cite un cas où l'abcès s'est ouvert dans le vagin.

La gravité de cette variété d'appendicite pendant la

grossesse ressort du fait du rapprochement de l'utérus au fur et à mesure que la grossesse avance ; mais, en outre, d'après les travaux de MM. *Pinard* et *Varnier*, nous savons que les adhérences formées loin de l'utérus gravidé ne se ramollissent pas, comme celles qui se forment autour de l'utérus ; et il doit se produire des ruptures d'adhérences, par conséquent une infection péritonéale. Ce qui nous est expliqué par la gravité de ces appendicites, quand elles ont marché de pair, pour ainsi dire, avec la grossesse.

Quant à l'*appendicite plastique*, nous estimons, avec M. Reclus, qu'elles n'existent pas, car elle ne serait que l'appendicite à foyer localisé. Pendant la grossesse, nous pouvons donner l'exemple de l'observation de M. *Legendre* (Obs. XXV) où, pendant l'opération, on a trouvé du pus ; celle de M. *Bouveret* (Obs. XXVI), où il y a eu écoulement du pus avant l'avortement, probablement par l'ouverture de l'abcès dans la trompe, comme le reconnaît l'auteur dans les réflexions qui suivent son observation ; et celle de M. *Tuffier* où l'on voit l'existence d'adhérences anciennes (Obs. XXIV).

III. — APPENDICITE AVEC PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE.

Ici, je ferai deux divisions, d'après M. le D^r *Paul Reclus* : a) *forme* où il y a adhérence des anses intestinales ou *enkystement*, par conséquent une surface moindre pour l'absorption du liquide septique ; b) *forme généralisée* où il n'y a ni adhérences ni *enkystement*.

a) *Appendicite avec péritonite généralisée et adhérences*. Dans cette forme, les adhérences peuvent être ou primitives, ou par extension d'une appendicite à foyer

localisé, ou à rechutes. Dans les observations de *Mac-Arthur*, XVI, *Mundé*, XVII, on voit que la cavité abcédée était séparée de la cavité péritonéale par la masse d'intestins agglutinés. Dans celle de *Crutcher*, XVIII, nous voyons que la cavité de l'abcès, séparée pendant l'opération, est rompue à l'autopsie; l'appendicite qui présentait une première forme localisée, s'était généralisée. Dans celle de M. *Maygrier*, XIX, les adhérences intestinales sont plus étendues avec un liquide infect et l'appendice libre. Dans celles de M. le D^r *Budin*, XX, le grand épiploon est infiltré et il y a adhérence dans tout l'abdomen; dans la XXI^e, on voit que le grand épiploon est infiltré et adhère en plusieurs points à l'intestin, et la septicémie est si forte que les organes pelviens ont perdu leur aspect naturel. Dans cette dernière observation, l'examen bactériologique montre le coli-bacille en grande abondance, non seulement dans la cavité abdominale, mais même dans le péricarde.

b) *Dans la forme généralisée sans adhérences.* — La septicémie se déclare d'emblée; on trouve quelques fausses membranes très récentes; les organes sont baignés de pus comme dans l'observation de *Stimson*, XXII, où l'appendice fut trouvé congestionné avec une escarre, et adhérent à la paroi abdominale et à l'ovaire ce qui prouve : que l'infection s'est faite par les lymphatiques. Malheureusement, de même que dans celle de *Wiggin*, XXIII, l'examen histologique et bactériologique manque.

IV. — APPENDICITE A RECHUTES.

Dans l'*appendicite à rechutes*, nous trouvons les mêmes lésions que dans l'*appendicite à foyer localisé*. Ainsi, nous voyons dans l'observation XXIV de M. le Dr *Tuffier* que l'appendice se trouve intimement soudé à la face postérieure du cæcum et qu'on est obligé pour l'isoler de le disséquer. Le cæcum et l'appendice se trouvent englobés au milieu d'adhérences épiploïques.

Dans l'observation XXV de M. *Legendre*, l'appendice est noueux et recroquevillé, relevé en point d'interrogation et perforé à sa base. On enlève en même temps une petite gangue d'exsudat inflammatoire avec le ganglion diagnostiqué au palper.

Dans ces deux observations, nous voyons que les lésions sont très anciennes et qu'elles peuvent à un moment donné prendre une allure inflammatoire grave.

Nous n'avons pas trouvé d'observations d'*appendicite tuberculeuse* compliquant la grossesse. Comme on peut rencontrer des femmes enceintes atteintes de péritonite tuberculeuse, à plus forte raison croyons-nous, il est possible d'observer l'*appendicite tuberculeuse* pendant la grossesse. On sait que dans cette forme spéciale on peut observer des poussées aiguës; aussi nous croyons qu'il faut toujours examiner le pus de l'abcès appendiculaire au moment de l'intervention. Cet examen aura une grande importance au point de vue du pronostic. Les abcès peuvent s'ouvrir en différents points.

Dans l'observation XXVI de M. *Bouveret*, le foyer infectieux périappendiculaire s'ouvrit dans la trompe

et on eut l'évidement de l'abcès par l'utérus qui resta infecté après l'avortement (1).

L'observation XXVIII d'*Abrahams*, qui serait un type de l'appendicite sans foyer purulent, ne peut pas être considérée comme telle, car, après les rechutes, on a senti à travers la paroi abdominale l'appendice douloureux.

Quelquefois l'appendice peut se compliquer de grossesse extra-utérine, comme dans l'observation XXIX de *Black*.

(1) Dans l'observation XXVII, de *Penrose*, il y avait adhérence dans la partie inférieure de l'abdomen et l'appendice présentait l'aspect d'un cordon fibreux.

CHAPITRE II.

Etiologie.

CAUSES PRÉDISPOSANTES. — L'appendicite est un accident excessivement rare chez la femme pendant la grossesse. Dans l'espace de huit ans, à peine avons-nous pu en trouver dans la littérature médicale 29 cas. Néanmoins, observant l'ordre chronologique des diverses publications, nous voyons que le nombre des observations augmente tous les ans : ce qui prouve que l'attention n'avait pas encore été attirée sur ce sujet.

Age. — L'âge, la multiparité ne peuvent avoir aucune influence sur le développement de l'appendicite pendant la grossesse.

Hérédité. — Admise par *Faisans*.

Les *Maladies infectieuses*, comme la fièvre typhoïde, la scarlatine, la grippe, peuvent prédisposer à une appendicite.

Les *irritations intestinales*, comme celles produites par des liquides corrosifs, peuvent avoir une influence comme dans le cas de *M. Budin* (*Obs. XX*), où la femme avait été soignée trois mois avant son entrée à la Maternité pour une tentative de suicide par le sublimé.

La *constipation* prédispose également. Nous la notons 12 fois sur 28 observations.

L'*entérite muco-membraneuse* est contestée par *M. Dieulafoy*.

La *lithiase intestinale* (*Robin*).

L'*introduction de liquides corrosifs dans l'intestin*, soit par la bouche (cas de *M. Budin*), soit par le rectum

(cas de *M. Reclus* cité dans la discussion à l'Académie de Médecine du mois de mars).

CAUSES DÉTERMINANTES. — *Régime alimentaire.*
— L'alimentation azotée et épicée agirait par une irritation chronique de l'intestin.

Le *traumatisme* aurait une influence incontestable sur le développement de l'appendicite, comme nous le voyons dans l'observation d'*Abrahams* (*Obs. VI*) et de *Budin* (*Obs. XX*).

En somme, la grossesse peut devenir une cause prédisposante de l'appendicite, car nous savons que cet état amène différents changements dans la physiologie du tube digestif. La constipation est fréquente chez la femme enceinte; et il se produit des fermentations anormales, dues probablement à une virulence spéciale des hôtes habituels du tube digestif.

La grossesse peut d'un autre côté devenir la cause efficiente d'un nouvel accès d'appendicite chez une femme ayant eu déjà des attaques antérieures.

Les causes précédentes, ajoutées à la congestion qu'amène forcément la présence de l'utérus gravide dans les organes avoisinant le petit bassin, en expliquent fort bien le mécanisme.

CHAPITRE III.

Influence de la grossesse sur l'appendicite et vice versa.

1° INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR L'APPENDICITE.

On comprend qu'il y ait aggravation : en effet, dans la première catégorie d'appendicites (*appendicites à foyer non appréciable*), à la congestion de l'organe vient s'ajouter la congestion physiologique produite par la grossesse, congestion plus accentuée au moment des époques menstruelles.

Dans la seconde catégorie d'appendicites (*à foyer localisé*), par suite de la compression et des tiraillements d'une part, d'autre part, par suite des phénomènes congestifs, il peut y avoir *rupture de l'abcès* et infection généralisée.

La même aggravation peut se produire dans la quatrième forme d'appendicites à *rechutes*.

Quant à la forme d'appendicite avec *péritonite généralisée*, nous ne croyons pas que la grossesse puisse exercer aucune influence.

2° INFLUENCE DE L'APPENDICITE SUR LA GROSSESSE.

Cette influence est bien manifeste, car dans la plupart des cas dans lesquels on n'est pas intervenu, il y a eu
• *avortement* ou *accouchement prématuré*.

Cette interruption de la grossesse s'explique très bien ; soit par l'hyperthermie qui accompagne l'appendicite, soit surtout par l'infection coli-bacillaire. — Cette infection peut agir directement sur le produit de conception par effraction placentaire ou par absorption de toxines.

Dans quelques cas cependant la grossesse peut continuer. D'autres fois l'utérus résiste et la femme meurt avant d'accoucher, comme dans le cas de Wiggin (*Observ.* XXIII).

Si la grossesse continue jusqu'à terme, il peut arriver qu'aussitôt après l'accouchement, il se produise un véritable *coup de fouet* du côté de l'appendice qui jusqu'alors paraissait calme. Ces récidives causées par d'anciens foyers inflammatoires sont bien connues et M. le D^r Budin a particulièrement attiré l'attention sur ces cas. Il rapproche ces faits de ceux que Verneuil avait signalés comme provenant d'un « microbisme latent » assez mal expliqué d'ailleurs.

L'appendicite survenant dans les suites de couches est généralement très grave et le plus souvent les femmes sont enlevées par la péritonite généralisée. On comprend combien le diagnostic devient difficile, car dans la plupart des cas on songera plutôt à l'infection puerpérale.

CHAPITRE IV.

Symptomatologie.

Signes. — Nous étudierons les signes des variétés que nous avons admis au début de ce travail.

I. — APPENDICITE A FOYER INFLAMMATOIRE NON LOCALISÉ.

Ici, le début est brusque par un point du côté de la fosse iliaque, vomissements, fièvre, constipation et très rarement diarrhée.

Le point de côté peut parfois être remplacé par des douleurs dans le bas ventre, où il ne forme qu'à lui seul tout le début. Ce n'est qu'après un ou deux jours que le point de Mac-Burney, c'est à dire douleur au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, peut être appréciable, quand l'orage abdominal a diminué un peu: Alors on peut trouver, mais très rarement, un peu de matité dans la fosse iliaque droite. La fièvre peut monter jusqu'à 38°, 5 et le pouls à 110. Ensuite les phénomènes s'amendent, la fièvre tombe, le pouls reste plus fréquent, il n'y a plus de vomissements et la malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans la fosse iliaque. Durée courte. — Cette variété se rapproche tellement des coliques néphrétiques et hépatiques, qu'on l'a appelée *colique appendiculaire*. Les Américains l'appellent *appendicite catarrhale*.

II. — APPENDICITE A FOYER LOCALISÉ.

Douleur généralisée dans l'abdomen, avec prédominance au point de Mac-Burney, vomissements qui peuvent devenir verdâtres ou porracés, fièvre intense ; au début, pouls faible, fréquent. Région iliaque hyperesthésiée, matité à la percussion. Les phénomènes peuvent s'amender et même s'amendent jusqu'à faire croire à leur disparition. Alors on trouve une rigidité du muscle droit et un empâtement très manifeste dans la fosse iliaque droite. Quelquefois l'utérus semble plus élevé que ne le comporte l'âge de la grossesse. La fièvre peut être légère ; mais le pouls reste faible et fréquent.

III. — APPENDICITE A RECHUTES OU CHRONIQUE.

Les symptômes du début sont les mêmes que dans l'*appendicite catarrhale*. Une première crise disparaît sans laisser de traces ; mais, bientôt, soit à la suite d'un écart de régime ou d'une grossesse, les symptômes reparaissent avec une nouvelle intensité et il y a frissons, fièvre, température, pouls fréquent, douleurs abdominales très fortes, vomissements, ballonnement du ventre, qui peut aller jusqu'à la péritonite avec rigidité du muscle droit. — A la percussion, on trouve de la matité dans la fosse iliaque droite et à la palpation on trouve le point douloureux de Mac-Burney avec empâtement et

même de la fluctuation quand l'orage s'est apaisé. De sorte que nous voyons que les signes se réclament soit de la forme catarrhale, soit de la forme à *foyers localisés*.

IV. — APPENDICITE A PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE.

Les trois formes précédentes peuvent s'aggraver et aboutir à la péritonite généralisée. Alors la malade est prise de frissons répétés, fièvre très intense allant jusqu'à 39°,5, pouls jusqu'à 165. Vomissements fréquents, bilieux, qui deviennent verdâtres et porracés. Le ventre est excessivement ballonné, tympanisé et les douleurs sont généralisées. La malade est, soit agitée, soit dans la prostration. Quand commence à se faire la dissociation entre la température et le pouls, les phénomènes inflammatoires semblent se calmer et la fin n'est pas loin. La malade présente le facies dit péritonéal (c'est-à-dire figure grippée, yeux profondément excavés).

CHAPITRE V.

Diagnostic.

En clinique, on peut se trouver en face de deux variétés de cas : 1° ou bien la femme enceinte a eu déjà des attaques antérieures d'appendicite ; 2° ou bien elle se trouve à son premier accès.

Dans le premier cas, on comprend que l'affection sera bien plus facile à dépister. La malade peut en effet vous renseigner sur ses crises et sur la douleur, et la fièvre, souvent aussi elle aurait été soignée pour cette maladie qu'elle connaît.

La difficulté est beaucoup plus grande quand la femme est à son premier accès. Voici une femme enceinte, jusqu'alors assez bien portante, qui est prise de douleurs violentes dans le côté droit avec vomissements, constipation plus ou moins absolue et fièvre. A quelle affection le médecin peut-il songer ? Avant que la poche soit ouverte dans le péritoine on peut confondre l'appendicite avec un certain nombre d'affections, et disons tout de suite qu'avant ces dernières années, l'inflammation appendiculaire passait facilement inaperçue. Quand la poche est ouverte, nous sommes alors en présence du grand cortège de l'ictus péritonéal. A ce moment la péritonite occupe toute la scène, et comme la laparotomie s'impose, on doit ne pas perdre un temps précieux, et opérer immédiatement. C'est donc surtout avant l'ouverture de la poche qu'il faudra établir son

diagnostic, car si l'intervention est faite à temps elle permettra de sauver un certain nombre de malades, et de la différencier de :

1° *La colique hépatique*, qui est assez fréquente pendant la grossesse et surtout après l'accouchement, et pourra faire penser à une appendicite, mais le caractère de la douleur n'est pas le même. Elle siège dans l'hypocondre droit beaucoup plus haut que dans le cas d'appendicite; elle se propage souvent dans l'épaule droite ou du côté de l'appendice xiphoïde. Enfin, point important, elle ne s'accompagne pas de fièvre, à moins qu'il n'y ait en même temps infection biliaire; un léger subictère survenant les jours suivants lèvera tous les doutes.

2° *La colique néphrétique*, très rare pendant la grossesse, et qui se reconnaîtra facilement; la douleur lombaire produite par la présence du calcul a ses propagations bien particulières du côté des organes génitaux externes. Enfin les urines contiendront souvent du sang ou des débris calculeux d'acide urique.

3° *La colique de la lithiase intestinale* qui se manifeste : 1° du côté de côlon transverse et au coude du côlon transverse et du côlon descendant, 2° qui se localise au cæcum et au côlon ascendant, 3° qui envahit tout le gros intestin.

La coïncidence de la colite muco-membraneuse et d'appendicite est niée par M. Dieulafoy.

4° *La névralgie lombo-abdominale*, sur laquelle tous les accoucheurs ont insisté, et qui pourra également donner le change. Mais dans ce cas il n'existe aucun trouble de l'appareil digestif, la fièvre est nulle et le siège de la douleur est beaucoup plus disséminé que

dans le cas d'appendicite. On sait que chez certaines femmes enceintes, et M. Budin a particulièrement insisté sur ce point, il peut exister une douleur ovarienne, perceptible surtout à la palpation. Cette douleur qui se voit surtout chez les femmes nerveuses est facile à reconnaître. Elle siège sur les parties latérales de l'utérus et surtout du côté gauche; en ce point on peut facilement sentir l'ovaire qui est augmenté de volume et douloureux à la pression.

Les contractions utérines ordinairement indolores pendant la grossesse deviennent quelquefois perceptibles à la femme elle-même, mais un simple examen suffira à prouver que l'utérus, qui se durcit, est la cause de la douleur.

5° *La colique appendiculaire* pourra être prise également pour un *début de travail*, mais le caractère bien connu des contractions utérines qui se succèdent d'une façon régulière, permettrait de reconnaître facilement le commencement de l'accouchement. Si la femme n'est pas à terme, les contractions s'accompagneront d'écoulement sanguin.

Jusqu'à présent il est le plus souvent facile de différencier l'*appendicite* des affections que nous avons énumérées. Il n'en est pas de même quand on a affaire à des annexites se compliquant de grossesse.

6° *La trompe* peut en effet devenir le siège des mêmes lésions que l'appendice, elle peut par conséquent donner naissance aux mêmes symptômes; on peut cependant en faire le diagnostic dans la plupart de cas. MM. Doléris et Budin ont insisté sur ce point dans une récente discussion à la Société obstétricale de Paris. D'après ces auteurs, le siège de la douleur a une grosse importance: l'appendicite donne naissance à une douleur

abdominale, et la salpingite à une douleur pelvienne; de plus, en pratiquant le toucher, le doigt parvient le plus souvent à explorer la trompe malade, tandis que l'appendice n'est jamais atteint par le vagin, à moins qu'il n'existe un abcès par propagation. Dans le cas de grossesse cependant, le diagnostic devient encore plus délicat parce que l'utérus, en devenant abdominal, entraîne à sa suite les annexes malades. Malgré cela il est toujours possible d'atteindre avec le doigt, profondément introduit, les annexes qui ont toujours une tendance à tomber dans le cul-de-sac de Douglas. Disons enfin avec M. Doléris qu'il est bien rare que les femmes atteintes d'annexites n'aient pas un passé génital qui facilitera le diagnostic. L'appendicite a parfois une marche rapide et ce sont alors les signes péritonéaux qui dominent la scène. Un certain nombre d'affections peuvent alors gêner le clinicien dans l'établissement de son diagnostic.

7° *L'occlusion intestinale* à début brusque peut ressembler dans certains cas à la rupture d'une poche purulente dans le péritoine; mais la constipation est absolue dans le cas d'occlusion, les vomissements sont beaucoup plus abondants et franchement fécaloïdes, la température est normale ou au-dessous de la normale. Néanmoins la confusion peut se faire comme dans le cas de M. Maygrier (*Obs. XIX*) et dans un cas cité par M. Demelin dans son mémoire (*Obs. III*) où une occlusion produite par une bride péritonéale fut prise pour une appendicite.

Ici l'intervention que nécessite l'état de la malade donnera le véritable diagnostic.

8° *La rupture de la trompe gravide ou l'avortement tubaire* avec son cortège important peut être pris

pour une appendicite suppurée et ouverte dans l'abdomen. Mais ici ce qui domine c'est l'hémorragie interne : la femme est pâle, exsangue, il s'écoule du sang par le vagin. Le toucher bimanuel permet de reconnaître l'utérus qui est augmenté de volume, et en arrière une autre tumeur qui est formée par la trompe gravide. Du reste dans ce cas également, l'intervention s'impose ; le chirurgien aura bientôt la preuve du diagnostic qu'il avait formulé.

9° *La rétrodéviation de l'utérus gravide s'accompagnant de douleurs et de phénomènes reflexes variés, pourra être également confondu avec l'affection qui nous occupe ; mais l'examen permettra de trouver le fond de l'utérus ayant basculé dans le petit bassin. La rétention d'urine concomitante n'existe pas dans l'appendicite.*

10° Citons enfin, pour terminer, quelques cas de grossesse, compliquée de kystes de l'ovaire ou de fibromes sous-péritonéaux, dans lesquels la *torsion du pédicule* pourrait donner naissance à des symptômes pouvant faire croire à une appendicite.

Le plus souvent l'examen de l'abdomen et les commémoratifs suffiront à établir le diagnostic.

CHAPITRE VI.

Pronostic.

Le pronostic de l'*appendicite* paraît s'aggraver quand elle se complique de grossesse. En effet, sur 29 cas, nous avons trouvé 10 cas de mort, soit 34,7 0/0.

Cette aggravation est facile à comprendre, étant données les modifications qu'apporte la grossesse dans la position normale des organes abdominaux. Si l'*appendicite* n'est pas suppurée, elle aura bien des chances de récidiver ou de s'aggraver, car on sait que la grossesse s'accompagne d'augmentation dans la pression sanguine, surtout aux époques correspondant aux règles (*cas de Legendre, Obs. XXV*). L'influence de la grossesse est telle que dans le cas de M. *Tuffier* (XXIV) il y a une poussée inflammatoire dans l'appendice dans trois grossesses successives.

S'il existe une poche purulente, la présence de l'utérus qui se développe auprès de cette poche, aura pour effet de la comprimer et d'exercer des tractions dangereuses sur ses parois. Donc augmentation de liquide d'un côté, compression de l'autre, voilà deux conditions qui favorisent singulièrement la rupture de la poche. Cette péritonite par perforation a été observée dans 11 des cas.

Enfin, si la grossesse s'est passée sans accidents, on peut encore observer des complications pendant les suites de couches. On sait que les anciens foyers purulents se réchauffent quelquefois pendant le *postpartum* et Verneuil et M. Budin ont insisté sur ce point.

On pourra donc voir se produire une poussée inflammatoire au pourtour d'un appendice anciennement malade et qui n'avait donné naissance à aucun signe pendant la grossesse.

Si l'*appendicite* est aggravée par la grossesse, à plus forte raison cette dernière pourra en ressentir des complications plus ou moins graves.

La plus fréquente de ces complications est *l'avortement* ou *l'accouchement* prématuré. Sur 29 cas en effet, on a observé 10 avortements et 5 accouchements prématurés; la grossesse a donc été interrompue 51,7 0/0.

On ne peut expliquer ce fait que par la propagation de l'infection péritonéale à l'utérus. Cette propagation se fait soit directement, s'il y a adhérence de la trompe à l'utérus, soit indirectement par infection sanguine. Le fœtus lui-même s'en ressent le plus souvent puisque sur 16 cas d'enfants viables, 7 sont nés vivants. Il faudrait encore savoir ce que ces enfants sont devenus, et il est très possible qu'ils soient nés infectés et qu'ils en aient subi des complications ultérieures.

En somme nous voyons combien l'*appendicite* est grave pendant la grossesse, puisque sur 29 cas on n'a pu sauver que 19 femmes et 7 enfants.

Nous terminerons ce chapitre en citant comme complication possible la présence simultanée d'une grossesse extra-utérine et d'une *appendicite*. Dans le cas de *Black* (Obs. XXIV) il y avait rupture du sac fœtal et *appendicite* concomitante.

Le pronostic de la grossesse au point de vue opératoire dans l'*appendicite* semble favorable à l'intervention. Cet état physiologique de la femme ne nous semble pas constituer une contre-indication.

CHAPITRE VII.

Traitement.

En présence d'une femme enceinte, atteinte d'*appendicite*, le médecin doit se demander d'abord s'il traitera la malade médicalement ou s'il décidera l'intervention chirurgicale. — Autrefois toutes ces maladies étaient traitées médicalement, d'autant plus qu'on n'osait pas opérer les femmes enceintes. Aujourd'hui on est beaucoup plus audacieux, d'autant plus que la grossesse peut continuer dans la plupart des cas.

Nous ne sommes pas cependant partisans de l'intervention à tout prix et nous croyons que dans les cas légers l'expectation doit être la règle.

Dans le premier degré de l'appendicite dans lequel il n'existe pas de foyer purulent, dans lequel on ne trouve pas de foyer bien net à la palpation, nous croyons qu'il vaut mieux attendre, d'autant plus qu'en surveillant attentivement la malade on pourrait intervenir à la moindre alerte. Si à la suite de ce traitement médical il survenait une nouvelle poussée, ou si l'empâtement ne retrecède pas, il faudrait intervenir et ne pas laisser la malade exposée aux dangers de la péritonite.

Dans tous les autres cas, soit qu'il existe un foyer purulent localisé, soit surtout qu'il y ait péritonite généralisée, on doit opérer et opérer le plus vite possible. Le chirurgien ne se laissera pas décourager par les symptômes très graves qui sont souvent si rapides, et nous

croyons comme M. Reclus qu'on doit opérer même les cas qui semblent désespérés.

Traitement médical. — Nous savons que la femme enceinte bien portante est particulièrement prédisposée à la constipation et aux auto-intoxications d'origine intestinale. On devra donc pendant la grossesse surveiller attentivement le fonctionnement du tube digestif et ne pas craindre d'employer les laxatifs. — Cette précaution devra être prise encore avec plus de soins chez une femme ayant eu déjà des accidents appendiculaires avant sa grossesse. Elle devra suivre le régime alimentaire que l'on ordonne généralement à ces catégories de malades, comme ceux de M. Legendre et de M. Maygrier. Il faudra en outre surveiller le bon fonctionnement de l'intestin à l'aide des laxatifs et même on se trouvera bien en donnant quelques antiseptiques intestinaux (benzo-naphtol, benzoate de soude, etc.). A la première alerte, la malade devra être mise au repos absolu ; on prescrira une diète sévère et l'on fera tous ses efforts pour immobiliser l'intestin. On donnera de l'opium sous forme de laudanum en lavement ou de piquûre de morphine. Une vessie de glace sera placée sur le point douloureux. Ce traitement a l'inconvénient de constiper des femmes qui y sont déjà prédisposées. Sur ce point les médecins ne sont pas d'accord. Les uns (M. Championnière) ordonnent les purgatifs, d'autres avec M. Legendre les proscrivent absolument. Il faudra cependant amener l'évacuation des matières et pour cela on fera usage de grands lavements froids glycérinés que l'on donnera avec des grandes précautions.

Ce traitement comme nous l'avons déjà dit précédemment ne devra être institué que dans les cas légers et au moment de la première attaque. En cas de réci-

diver, ou si l'on reconnaît la présence d'un abcès péricæcal, il faudra intervenir immédiatement comme le conseille M. Reclus.

Traitement chirurgical. — On commencera par ouvrir l'abdomen sur la ligne médiane, à moins que l'abcès soit très saillant, et alors on ouvrirait directement en ce point.

Le péritoine une fois ouvert, on devra se rendre compte de l'état des lésions qui existent. Si la poche est bien localisée, à parois épaisses, on pourra l'énucléer en même temps qu'on résèque l'appendice. Si au contraire l'abcès est formé par une poche très mince il ne faudra pas perdre son temps à vouloir l'extirper, car on exposerait l'opérée à une infection, mais simplement l'ouvrir et le drainer à l'extérieur.

Quant à l'appendice, s'il est par trop adhérent, ou s'il n'est pas accessible, on le laissera en place après avoir nettoyé le foyer purulent et on fera suivre d'un drainage à la gaze iodoformée.

Enfin dans les cas de péritonite généralisée, on agrandira son incision de façon à faire une toilette du péritoine aussi complète que possible.

Il y a des chirurgiens qui ne veulent pas intervenir dans cette dernière forme de l'appendicite, tel n'est pas l'avis de M. Reclus ni le nôtre, car nous avons vu que cette péritonite généralisée peut présenter deux formes et que la malade peut avoir une chance, si minime soit-elle, d'échapper.

En lisant les observations, on pourrait conclure que l'intervention n'a pas été suivie de succès dans la majorité des cas. Mais nous voyons que dans plusieurs d'entre elles, l'auteur racontant les diverses circonstances qui se sont produites avant l'opération, il y a eu du retard, et

nous croyons que l'insuccès provient, non pas tant du fait de la non curabilité du cas, que de l'époque tardive à laquelle elle a été faite. Nous pensons qu'il faut intervenir très vite, aussitôt que le diagnostic a été établi et ne pas perdre de temps en instituant un traitement médical.

Nous sommes contre l'opinion qui veut provoquer l'accouchement prématuré ou l'avortement avant l'intervention.



CHAPITRE VIII.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

BAYLEY (1895) (1).

Le 8 novembre 1893, je fus appelé auprès de M^{me} C. E., tertiaire, âgée de 30 ans, qui n'avait jamais présenté jusqu'alors d'accidents appendiculaires.

Enceinte de six mois, elle eut une crise de douleurs, localisées près du cæcum, accompagnées de diarrhée et vomissements. On crut à un surmenage et à une indigestion. Les remèdes ordinaires produisirent un soulagement passager pendant trois jours. En arrivant, je trouve une douleur très intense et localisée au point de Mac-Burney. Je fis le diagnostic d'*appendicite*, mais j'étais fort embarrassé, ne connaissant pas de cas où la grossesse soit compliquée d'*appendicite*, et je me demandais qu'en deviendra le foyer inflammatoire situé si près du fœtus. Je fis une injection de 1/6 de grain de morphine; de la phénacétine et du calomel à prendre toutes les trois heures. Les opiacés furent continués jusqu'à sédation et le calomel jusqu'à la douleur des gencives et la salivation.

Elle eut une selle quotidienne qui la soulagea. Applications chaudes d'essences sur l'abdomen. Le 11 et le 12 novembre, T. 101°, 103°, 104°, puis déclina peu à peu jusqu'à la normale (18 novembre). Le 14, la tension des parois commença à diminuer, mais la douleur persistait aussi intense.

Le 18, l'appétit était revenu, et le point de Mac-Burney avait disparu.

Guérison complète. Accouchement normal à terme. Pendant la crise d'*appendicite* la malade avait éprouvé de temps à autre quelques douleurs internes et j'avais craint un début de travail.

(1) N.-Y. med. Rec., 16 mars 1890, page 342.

OBSERVATION II.

VINAY (1897) (1).

Emilie L... 31 ans. — Entrée le 3 avril 1894. — Père mort tuberculeux, mère vivante. Bonne santé habituelle. Elle a eu 3 grossesses et une fausse couche. La première seule a été troublée par des accidents nerveux (vomissements, crises convulsives).

La grossesse actuelle est au cours du sixième mois. Le 30 mars dernier, la malade ressentit brusquement un violent point de côté dans la fosse iliaque, droite avec nausées et vomissements, qui la força à s'aliter. Depuis ce moment, il y a de l'obstruction intestinale et la malade n'a rendu par l'anus ni gaz, ni selles. C'est dans cet état que la malade est envoyée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu.

On constate une tuméfaction du ventre apparente surtout dans la partie sus-ombilicale. La pression au niveau de la fosse iliaque droite est très douloureuse. Le fond de l'utérus dépasse de 3 travers de doigt la ligne passant par l'ombilic.

L'enfant est vivant. La figure est un peu altérée. Pouls 120, Lavement glycériné. Diète lactée. Repos.

4 avril. — Le lavement a provoqué l'expulsion de gaz fétides et de quelques scybales très dures. Il y a toujours des nausées, et le point douloureux de la fosse iliaque droite reste très intense. Le ventre est un peu moins ballonné. Dans la soirée la température rectale est de 38°,5.

5 avril. — Même état, les douleurs abdominales persistent, le facies est meilleur. Nouveau lavement glycéro-sucré et application de 6 sangsues au niveau du point douloureux.

6 avril. — La malade a eu 4 selles diarrhéiques; les douleurs abdominales diminuent, le ventre est moins tendu.

7 avril. — Amélioration manifeste. Les vomissements ont cessé, 3 selles diarrhéiques.

22 mai. — L'amélioration a été graduelle, et la malade sort en bon état. On signale seulement une crise d'hystérie à la date du 3 mai.

La grossesse continue.

8 juillet. — *Accouchement* à 11 heures du soir d'un garçon se présentant en OIDP et pesant 4 kilogs; il est allaité par sa mère. — Le travail n'a rien présenté de spécial, les suites de couches ont été normales sans fièvre.

Mars 1897. — L'enfant est bien portant et la mère n'a jamais présenté de rechutes.

(1) In : Thèse Boullier, Paris, 30 novembre 1897.

OBSERVATION III.

ABRAHAMS (1897) (1).

Malade âgée de 40 ans, traitée à l'hôpital du Mont-Sinai, *enceinte de 5 mois*, constipée d'habitude.

Elle fut brusquement atteinte de vomissements, de douleurs généralisées dans le ventre. — Température à 100° F. — Pouls à 90. — Après 25 heures la douleur se localisa dans la fosse iliaque droite. Pendant 7 jours, les symptômes restent les mêmes. Malgré les purgatifs et la glace, le 8^e jour la température s'élève à 102° F et le pouls à 110. — Légère matité à la percussion. — En faisant coucher la patiente sur son flanc gauche de façon à dévier l'utérus du côté gauche, je pus découvrir une résistance au niveau de l'appendice. Le diagnostic fut confirmé par MM. Brettauer et Litienthal.

L'opération fut décidée, mais peu après la température tomba, et la malade reçut au bout de 8 jours son exéat sous la rubrique « *guérie* ».

Elle fut ensuite perdue de vue.

OBSERVATION IV.

SCHAIK (1896 (2)).

M^{me} B..., 24 ans, secondipare. De temps en temps cette femme se plaint de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. L'examen ne révèle rien qui explique ces douleurs. Vers la fin du *septième mois*, les douleurs devinrent plus fortes surtout quand le fœtus donnait des coups de pied dans la région *iliaque droite*.

1^{er} octobre. — La température monte à 100° F, le pouls = 84. Douleur au point de Mac-Burney. Pour la première fois la percussion révèle de la matité dans la fosse iliaque droite.

La glace et l'opium firent disparaître peu à peu l'inflammation, la fièvre et les douleurs.

20 octobre. — Accouchement *normal à sept mois et demi*. L'enfant vécut six jours. *Sa mort* est due au manque de soins et de nourriture. La douleur ne reparut pas après l'accouchement.

Diagnostic porté: *Appendicite catarrhale*.

(1) *Americ. J. of Obst.*, XXXV, p 205, 1897.

(2) Cité par Abrahams.

OBSERVATION V.

THOMASSON (1895) (1).

Femme de 20 ans, *enceinte de neuf mois*.

Le 3 avril. — Douleurs subites dans la région cœcale. Constipation. Vomissement dans la nuit.

Le 4. — La température est à 104° F, le pouls à 132. Douleur appendiculaire atroce. Pas de tumeur appréciable au toucher. Diagnostic d'*appendicite*.

Pendant une période de 22 jours les symptômes restèrent stationnaires.

Le 30. — Début du travail; *accouchement spontané*. Le placenta était *enflammé* et présentait une *dégénérescence calcaire*.

Après la délivrance, la fièvre tomba. Quelques semaines plus tard on retrouva encore de la douleur dans la région cœcale. Le médecin traitant prétend avoir eu affaire à une *inflammation* du placenta; mais le seul fait de la douleur au niveau de l'appendice suffit pour affirmer l'*appendicite*.

OBSERVATION VI.

ABRAHAM (1897) (2).

Madame K..., 26 ans, multipare, *enceinte de 9 mois*.

Le 18 septembre elle fut impliquée dans une bagarre violente. Une heure après elle présentait un hématome considérable sur le crâne, des contusions sur le corps, une température de 106° F, pouls à 120, perte de connaissance, contractures musculaires. 12 heures après, elle se plaignait d'une douleur dans la fosse iliaque droite où il y avait une trace d'ecchymose.

Le 26 septembre, je l'*accouchai* d'un enfant *bien portant*.

Délivrance normale. Elle se plaignait cependant d'une douleur constante dans la fosse iliaque droite.

Le cinquième jour, il se développe soudain une douleur généralisée à tout l'abdomen. Vomissements, facies grippé, refroidissement des extrémités, sueurs froides, demi-inconscience. L'abdomen n'est pas tendu; maximum de douleur dans la région de l'appendice. Le toucher vaginal et rectal donne des résultats négatifs.

(1) *Med. Rec.* N. York, 1895, XLVIII, 407-409.

(2) *Americ. J. of Obst.*, XXXV, p. 205, 1897.

Diagnostic : *Appendicite* d'origine traumatique. Mundé est appelé en consultation, il confirme le diagnostic mais diffère l'intervention.

Pendant douze à treize jours les phénomènes s'amendèrent peu à peu, sauf la douleur au niveau de l'appendice qui persista longtemps encore.

Quant à l'enfant, il mourut le huitième jour de septicémie.

OBSERVATION VII.

MIXTER (1891) (1).

Rose M..., 33 ans, mariée. — Il y a quatre mois, au septième mois de sa grossesse, elle eut de violentes douleurs abdominales, de la fièvre, et elle *expulsa* un *fœtus mort*. Elle ne se remit pas bien de cette première atteinte ; les douleurs et les autres symptômes persistèrent et elle garda le lit pendant trois mois. Les souffrances étaient telles qu'il fallut administrer de la morphine tous les soirs. Les symptômes s'accrochèrent même et cette femme fut admise dans le service gynécologique de l'hôpital Carney.

Le Dr Johnson, de service ce jour-là, me pria de l'examiner avec lui sous l'éther.

Nous pûmes voir et sentir une tumeur mal définie qui s'étendait de la fosse iliaque droite jusqu'aux côtes et atteignait presque la ligne blanche. Rien d'anormal ne put être trouvé dans le bassin.

La malade, transférée en chirurgie, fut opérée le 23 septembre 1891.

Une incision fut pratiquée et l'on put voir et sentir, en dehors du côlon ascendant et par-dessus le cæcum, une masse dure qui refoulait les intestins du côté de la ligne médiane. Cette masse était tout à fait inflammatoire. En la séparant du cæcum, un abcès de la grosseur d'une noix, situé sur le bord du bassin, fut ouvert. On découvrit dans cet abcès deux concrétions fécales dures.

A partir de cette cavité, et en dehors du côlon on put suivre un *sinus* ou cul-de-sac assez long.

Au milieu de la masse inflammatoire on trouva l'*appendice* se dirigeant en arrière et en haut. Le cul-de-sac précité put être suivi du doigt jusqu'au niveau du rein.

(1) *Boston. med. and surg. J.*, tom. 125, 1891, p. 97.

Juste au-dessus de l'extrémité inférieure du rein adhérait l'appendice très gros et *perforé* à son extrémité. C'était le point de départ du sinus qui se terminait dans la cavité de l'abcès juste au niveau du bassin.

L'appendice fut séparé de ses adhérences, réséqué et son pédicule suturé à la soie. La cavité fut bourrée de gaze iodoformée.

La malade eut une forte attaque de bronchite après l'opération, mais pas de symptômes péritonéaux.

Elle quitta l'hôpital en *bonne santé*, moins de cinq semaines après.

OBSERVATION VIII.

MUNDÉ (1894) (1).

Dans la nuit du 21 septembre 1894, je fus appelé par le Dr Hochheimer chez M^{me} F... qui était alors dans le *huitième mois de sa première grossesse*. Je l'examinai vers 4 heures du matin le 22 septembre, quand elle était en *plein travail*.

La température de la bouche était de 104° F — le pouls de 120 — le visage congestionné et le regard inquiet.

Le médecin me dit qu'il a été appelé le 15 septembre. A ce moment la malade se plaignait d'une sensibilité douloureuse dans la partie inférieure de l'abdomen et de chaque côté de la ligne médiane. Cette douleur était accompagnée d'élévation de température : 101° F. Le quatrième jour elle atteignait 102° F. Le repos au lit fut ordonné ainsi qu'une diète légère, des boules d'eau chaude et 1/8 de grain de morphine de temps en temps. La douleur se calma petit à petit et la température s'abaissa à 99° F. dans la soirée du 20. On s'attendait à ce qu'elle ne remonte plus.

Le 21 septembre à 9 heures du matin la parturiente est prise de douleurs atroces dans la région pelvienne droite, accompagnées d'un grand frisson suivi d'une température de 104° F. En même temps *débutent les douleurs du travail*.

Malgré une grande expérience obstétricale et une grande connaissance de l'appendicite due à des observations personnelles, le Dr Hochheimer n'avait jamais pensé à attribuer la

(1) *Medical Record*, New-York, 1894, X, VI, 678.

douleur et l'élévation de la température à l'*appendicite* (cause si peu attendue.)

Lorsque je vis la malade, les douleurs étaient tellement généralisées dans la partie inférieure de l'abdomen, autant pendant qu'entre les contractions utérines, qu'il était impossible de localiser aucun des points douloureux.

Vers 2 h. 1/2 du matin, le 22 septembre, elle accoucha d'un enfant mort, sans aucune intervention. Les desquamations de l'épiderme sur un pied du fœtus montrent qu'il était mort déjà depuis vingt-quatre heures. On put faire la délivrance sans difficulté et il n'y eut aucune hémorrhagie post-partum, mais la malade était dans un état de sub-délire et de prostration; aussi tout examen ultérieur fut-il ajourné.

J'hésitais beaucoup sur la véritable cause de la fièvre et de l'accouchement prématuré, surtout vu les circonstances dans lesquelles se trouvait la patiente. Un instant je songeai à la possibilité d'une infection par la scarlatine ou la diphthérie auxquelles elle avait été exposée deux semaines auparavant.

L'abdomen, même après la délivrance, restait si sensible qu'on ne pouvait préciser aucun point point douloureux ni établir un diagnostic ferme.

Lorsque je revis la malade, douze heures plus tard, on pouvait constater une tension au niveau de la région iliaque droite et une douleur très aiguë à la pression, les contours de l'utérus pouvaient être facilement délimités. Le toucher vaginal montrait un cul-de-sac libre. Aucune autre douleur ne persistait plus dans le pelvis. La température était de 102 F., le pouls de 120.

Alors j'ai écarté la possibilité d'une infection par la scarlatine ou la diphthérie. Je n'avais plus le choix qu'entre une fièvre typhoïde, une péritonite pelvienne et une *appendicite* : j'ai choisi cette dernière comme étant la plus probable.

Quoique n'ayant jamais vu, ni entendu parler d'un cas semblable pendant la grossesse, je n'avais aucune raison pour ne pas croire qu'une semblable complication pût se présenter.

J'attribue la grande douleur survenue le matin du jour précédant la délivrance à une perforation de l'appendice et à l'écoulement du pus dans le tissu cellulaire péricœcal.

En tout cas, la cavité péritonéale pouvait être considérée comme séparée de la cavité abcédée par l'adhérence des parois de l'abcès, car autrement, l'écoulement du pus dans le péritoine aurait donné une péritonite généralisée suivie de mort.

Vu le traumatisme produit par l'accouchement et un vomissement bilieux indocile qui déprimait la patiente moralement et physiquement, j'ai préféré attendre pour intervenir.

Ma principale raison de cet ajournement était aussi l'absence de tout symptôme exigeant une opération immédiate, vu l'isolement de la cavité de l'abcès par rapport à la cavité péritonéale et la crainte d'une infection puerpuérale possible après l'ouverture de l'abcès.

Je convins avec le Dr Hochheimer que je reverrais la malade trois jours plus tard.

Le 27 septembre, on m'informa que la température presque normale du 14 au 25 était brusquement remontée à 102° F le 26 et à 101°,8 le 27. La pesanteur accusée par la malade dans la région iliaque droite était plus grande que jamais et je conseillai alors l'intervention immédiate. Mais à la requête de la famille nous dûmes attendre au lendemain pour que le Dr Willy-Meyer put examiner la patiente et assister à l'opération. Le 28 septembre, le Dr Willy-Meyer acceptant notre diagnostic nous ouvrimus l'abcès. Cet abcès fut trouvé complètement fermé par une paroi épaisse d'intestin agglutiné.

J'ai procédé comme à l'ordinaire : lavage de la cavité, ablation de l'appendice, et après avoir drainé la plaie je laissai le soin du traitement ultérieur au Dr Hochheimer.

La convalescence suit son cours ordinaire.

OBSERVATION IX.

MUNDÉ (1895) (1).

H. S..., multipare. Antécédents très nets d'appendicite. Le 30 septembre, une sage-femme l'accouche à terme d'un monstre anencéphale. Délivrance artificielle. Deux jours après, vomissements, douleur dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal ne révèle rien de positif. Le 5 octobre, tympanisme abdominal, fièvre 101° F et pouls 112. Lochies fétides.

Le 6. — On pratique la laparotomie. On trouve l'appendice perforé, adhérences intestinales, mort trois jours après.

OBSERVATION X.

ABRAHAMS (2).

M^{me} X..., 9 semaines après le début de sa grossesse, fut atteinte de violentes douleurs dans la région cæcale, qui avaient été précédées de constipation opiniâtre.

(1) *Med. Rec.*, N. Y., 1895 XLVIII, 609-611.

(2) *American Journ. of Obstrics.*, 1897, t. 35, p. 205.

Avortement au bout de 3 jours. Les douleurs augmentent dans la fosse iliaque droite. — Opération 11 jours après le début des accidents.

Mundé trouva un *gros abcès* appendiculaire rempli de pus fétide, un *appendice gangréné*, de l'agglutination intestinale. — *Mort*.

OBSERVATION XI.

HIRST (B.-C.) (1890-1891) (1).

La nommée X..., enceinte de 4 mois $1/2$, fut saisie d'une douleur aiguë au niveau de la fosse iliaque droite. Abdomen tendu. T. 101° F. Le lendemain aggravation. Opération l'après-midi. Evacuation de beaucoup de pus très liquide. Appendice *perforé* et *gangréné*. Guérison.

La grossesse *poursuivit son cours*. Accouchement à *terme* d'un *enfant bien portant*.

OBSERVATION XII.

LAROYENNE (2).

Hélène M..., 35 ans, ménagère. Entre à la clinique le 18 mars 1897. *Antécédents* : Fièvre typhoïde il y a sept ans, consécutivement paralysie du membre supérieur droit, dont il ne reste plus trace. Six accouchements normaux, une fausse-couche.

Il y a six ans, la malade accoucha d'un enfant ayant une main bote, cet enfant vécut vingt jours.

Actuellement la malade est *enceinte de trois mois et demi*. Au début de sa grossesse elle a eu des vomissements souvent répétés pendant le premier mois. Ils avaient disparu, lorsqu'il y a deux mois ils ont de nouveau apparu en même temps que la malade éprouvait de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Depuis quinze jours, ces douleurs ont revêtu une acuité plus marquée. Vomissements bilieux fréquents. *Constipation*. Le facies de la malade est peu altéré, la langue est saburrale. T. 39°. Douleur spontanée dans la fosse iliaque, et rendue beaucoup plus vive par la pression au point de MacBurney. On constate dans la fosse iliaque droite, la présence

(1) *Proc. Phila. Obst. Soc.*, 1890-1891, 75-79.

(2) In : Thèse Bouillier, 1897, 30 novembre.

d'une tuméfaction dont les limites exactes sont difficiles à préciser. Le toucher vaginal ne permet pas de se renseigner d'une façon certaine sur le volume et les rapports de cette tumeur.

Jusqu'au 2 avril la température s'est maintenue le soir à près de 39° et oscillant le matin autour de 38°, les signes locaux persistent, l'état général est moins bon.

Intervention. — On intervient le 2 avril : une incision est faite dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessous de l'arcade de Fallope ; elle mesure 6 centimètres ; il sort environ 100 grammes de pus. L'*appendice* ne se présente pas et après lavage on draine avec une mèche de gaze. On suture avec fil d'attente ; le soir, T. 38°, 6.

3 avril. — T. 37°, 5 ; la malade va bien. — 5 avril, soir T. 37°, 5 le matin 37°, 3. — 18 avril, depuis le 5 avril la T. n'a jamais dépassé 37°, la grossesse a continué normalement son cours, et la malade quitte l'hôpital, la plaie n'est pas encore refermée.

15 mai. — La malade va bien, on constate encore un peu d'empatement de la fosse iliaque droite, la plaie est presque cicatrisée.

26 mai. — Plus de douleurs abdominales, mais la malade se plaint d'une grande faiblesse et de douleurs irradiées au bras droit. Ces douleurs sont analogues à celles ressenties il y a 7 ans pendant sa convalescence de la fièvre typhoïde.

A la fin d'août, la malade a accouché normalement d'un enfant bien portant.

OBSERVATION XIII.

HARRISON (1895) (1).

Le 14 juillet 1894, M^{me} S..., multipare, *enceinte de cinq mois* et souffrant habituellement de *constipation*, se purgea fortement. Peu après elle eut des douleurs dans la fosse iliaque droite et eut de la fièvre et des frissons.

En arrivant je trouve l'abdomen douloureux et tympanique. Je prescris des fomentations chaudes et de l'opium.

Le 15 juillet. — Elle se trouve mieux. L'examen de l'abdomen est plus facile. Je trouve une très forte douleur dans la fosse iliaque droite et un peu d'induration. Pas de fièvre.

Le 16 au soir. — Deuxième frisson et douleur plus violente. Peu après les contractions utérines commencèrent et se conti-

(1) *Med. Rec.*, N.-York, 5 janvier 1895, page 29.

nuèrent toute la nuit. T. 104° F. Vomissements couleur épinards.

Expulsion du fœtus le lendemain ; délivrance facile.

L'opération est différée pour permettre à la femme de se remettre du shock de l'accouchement.

Le 22 j'ouvre l'abcès appendiculaire avec MM. Shaw et Getty. Je fis le drainage avec la gaze iodoformée après irrigation.

Guérison rapide.

OBSERVATION XIV.

PENROSE (1896) (1).

Madame S., 33 ans, multipare. — Le 30 avril dernier la malade fit une *fausse couche*, et n'a pas été tout à fait bien depuis lors.

Le 6 août dernier, elle eut ses règles naturelles. *L'époque de septembre manqua*, et de ce fait joint à d'autres symptômes, elle conclut qu'elle était enceinte.

Le samedi 21 septembre, elle eut un crise de violentes douleurs dans tout l'abdomen. Le jour suivant, les douleurs générales avaient disparu et il restait une sensibilité marquée et du gonflement dans la région iliaque droite. Le jour suivant, la malade eut des frissons avec élévation de température et un peu d'hémorragie du vagin pendant deux ou trois heures. A partir de ce moment jusqu'à son admission au Gynecean Hospital, elle est restée au lit avec du gonflement dans la région droite de l'abdomen, s'étendant au-dessus de l'épine antéro-supérieure de l'ilium jusqu'au rebord costal.

Un diagnostic de *grossesse compliquée d'appendicite aiguë* fut porté et la malade fut opérée au Gynecean Hospital, le 14 novembre.

L'*appendice* avait 5 pouces de long. Une perforation d'environ 1/3 de pouce en diamètre fut découverte. Elle était située à environ 1 pouce du bout de l'appendice.

En saillie hors de cette perforation était une concrétion fécale de la taille, de la forme et de la dureté d'un noyau de prune. — L'*appendice* fut enlevé et la malade a eu jusqu'ici une *convalescence ininterrompue*.

(1) *American Journal of Obstetrics*, février 1896, p. 253.

OBSERVATION XV.

MAC ARTHUR (1895) (1).

M^{me} M. C. R., malade du Dr West, âgée de 31 ans, multipare, *enceinte de quatre mois et demi*, a été admise à l'hôpital Saint-Luc, le vendredi 19 janvier 1895. Je l'examinai à 11 heures du soir; elle me raconta ce qui suit : elle fut prise le mercredi matin d'une douleur intense, de caractère intermittent, accompagnée d'un vomissement douloureux et suivie d'un frisson et de fièvre.

Le Dr West fut appelé, il ordonna du chloroforme pour soulager la douleur.

Les souffrances continuèrent le jeudi et le vendredi avec une température variant entre 101° et 103° F. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, son pouls était de 120, vibrant, petit et faible. T. 103°,5 F. Respirations, 38. L'expression de la physionomie est anxieuse, la peau brûlante, les extrémités froides. L'abdomen est ballonné, sans tympanisme; l'utérus arrive au niveau de l'ombilic.

La paroi abdominale est tendue avec matité à la percussion dans la région iliaque droite, sur une ligne s'étendant de l'ombilic jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et du ligament de Poupart à l'utérus. Pas d'écoulement vaginal.

Au toucher, le col est mou, étalé; dans le cul-de-sac droit, une tension sans saillie.

Je diagnostiquai un *abcès appendiculaire* ou la *rupture d'un abcès tubaire*, inclinant pour le premier cas.

Immédiatement je décide l'opération.

Après les précautions habituelles, j'incise la paroi abdominale à l'endroit où la tension est la plus grande, c'est-à-dire à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le *péritoine* formait la paroi antérieure de l'abcès qui se vida facilement; l'*utérus* en formait la paroi interne. J'épongeai la cavité de l'abcès sans briser les adhérences qui la séparaient de la cavité péritonéale. L'*appendice* qui était gangrené en son milieu et libre dans la cavité de l'abcès, fut lié et excisé. La cavité fut garnie avec un tampon de gaze de Mikulicz; la plaie laissée ouverte, on y mit un drain.

La morphine et l'atropine furent données pour calmer la

(1) *Journ. obst.*, New-York, 1895; XXI, 185.

douleur. La garde de la patiente fut absente une heure ; à son retour la température était de 102° F. Les pulsations de 112 et les respirations de 60.

Le lendemain matin, à 10 heures, l'avortement se produisit : *expulsion d'un fœtus mort*. Le placenta fut expulsé une heure après.

A midi : T. 101°,6 F. Pouls, 132.

A 5 heures, T. 103°,6 F. Pouls, 150.

La malade mourut le lendemain matin, à 3 heures.

OBSERVATION XVI.

MAC ARTHUR (1895) (1).

M^{me} Thérèse B..., âgée de 34 ans, tertipare, *enceinte de quatre à cinq mois*, mariée, Hongroise, a été admise à Ward Michael Reese Hospital, le 11 octobre 1894.

Antécédents négatifs, santé toujours bonne.

La présente maladie commença subitement, trois semaines avant l'admission, par des douleurs, vomissements et fièvre. Les vomissements furent surtout fréquents pendant les premières vingt-quatre heures.

Coliques dans les régions inguinale et iliaque droites. *Constipation opiniâtre* pendant la première partie de la maladie, combattue énergiquement pendant la semaine précédant l'admission. On ne trouva dans les selles ni sang, ni pus.

Son médecin l'avait soignée pour une maladie chronique des intestins.

A l'examen, la malade fut trouvée de constitution moyenne. T. = 99°,2 F, pouls = 122, respirations 26.

L'abdomen est élargi, l'utérus remonte au-dessus de l'ombilic, ses contours sont distincts. On trouve dans la région iliaque droite une *tumeur* de la grosseur du poing.

En déprimant la paroi abdominale on peut sentir une sorte de tube et une légère fluctuation.

Le Dr Frenkenthal, médecin de service, après examen, envoya la malade en chirurgie.

Au *toucher*, on constata dans le cul-de-sac droit une *tumeur* qui se continuait avec la tumeur de la région iliaque droite. L'urine est normale.

Comme le diagnostic de l'abcès était fait et qu'il se manifes-

(1) *Cincin. Lancet. Clinic.*, 1895, N. S., xxxiv, 214-216. — *Am. J. of Obs.*, N. Y., 1895, xxxi, 181-185.

taient des symptômes ressemblant à ceux d'une péritonite septique généralisée, nous décidâmes, avec les Drs Banga et Frenkenthal, d'intervenir de suite.

On incisa la paroi abdominale et il s'écoula un pus fétide qui se trouvait répandu dans la fosse iliaque ; on élargit l'ouverture et on trouva l'*appendice* dans une masse agglutinée d'intestin formant une séparation très nette avec la cavité péritonéale.

L'appendice ne fut pas touché pour éviter une infection générale.

Après avoir vidé la région iliaque droite, un large drain de Mikulicz fut introduit et la plaie suturée en partie.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital la plaie fut pansée et drainée régulièrement. Le pus conserva toujours une odeur désagréable.

Le 11 octobre à 5 heures soir : T. 99°,2 F. Pouls, 122. R. 26.

12 octobre, 8 heures matin : T. 98°,2 F. Pouls, 112. R. 28.
— 8 heures soir : T. 103° F. Pouls, 134, R. 28.

13 octobre, 9 heures matin : T. 102°,2 F. Pouls 112. R. 28.
— 2 heures soir rupture des membranes. Ecoulement de sang. Douche vaginale ; 9 heures soir : T. 101°,5, F. Pouls 108. R. 28.

14 octobre, 8 heures matin : T. 98°,8 F. Pouls 108. R. 24.
— 9 h. matin : *Expulsion du fœtus*. Les douleurs durèrent de 10 heures à midi ; *délivrance* sans hémorrhagie. — 9 heures soir : T. 102°6. Pouls. 130. R. 26.

15 octobre, 8 heures matin : T. 101° F. Pouls, 120. R. 28. —
7 heures soir : T. 103°,6 F. Pouls, 140. R. 36.

16 octobre, 8 heures matin : T. 102°,8 F. Pouls, 162. —
Midi : T. 103°,4 F. Pouls, 180.

Mort de la femme.

OBSERVATION XVII.

MUNDÉ (1).

Femme enceinte de cinq mois, alitée depuis cinq jours avec une fièvre de 102° F et des douleurs excruciantes dans la fosse iliaque droite. Matité à la percussion. Tympanisme. Examinée sous le chloroforme, on découvre un abcès dans la région iliaque droite.

Opération. — Une quantité de pus s'échappe d'une cavité formée en partie par des adhérences intestinales. L'*appendice* ne fut pas retrouvé. — *Mort douze heures après.*

(1) Cité par ABRAHAMS.

OBSERVATION XVIII.

HOWARD CRUTCHER (1).

Le 1^{er} août, à 10 heures du soir, je fus appelé par le Dr Waters auprès d'une jeune fille de 17 ans, qui, le 16 juillet, avait été prise, disait-elle, de crampes au niveau de l'estomac; vomissements, constipation et épreintes.

Le 18 juillet, elle *expulsa* un *fœtus* de deux mois. A la suite de cet avortement, le Dr Waters et un confrère décidèrent de procéder au curettage et à l'écouvillonnage de l'utérus, ce qui fut fait.

La jeune fille a nié toute manœuvre abortive et dit attribuer la fausse couche à la surexcitation produite par le « tub ». Malgré le curettage, la situation ne s'améliora pas; les coliques, la constipation, le mal de tête persistèrent.

Le pouls faiblit de jour en jour, il était évident qu'une septicémie généralisée se développait.

Je trouvai la patiente délirant légèrement. T. 102°, 5 F. Pouls, 160. Abdomen non douloureux à la pression, mais très distendu.

L'utérus fut exploré minutieusement, mais on ne put trouver de trace de tissu dégénéré en aucun point. Sécrétion peu abondante, d'odeur tout à fait désagréable. Vu le manque absolu de douleur, il était certain que la malade était déjà insensibilisée par la septicémie. Presque toutes les deux heures il y a une selle molle et foncée; depuis trois jours déjà le relâchement intestinal est très grand, faisant suite à une constipation opiniâtre. — Les urines semblent normales comme quantité mais altérées quant à leur qualité.

Mon idée fut que la malade souffrait de *métrite septique*.

On pensa qu'une complication *tubaire* avait pu causer la péritonite, bien que rien dans l'histoire de la malade ne justifiât cette hypothèse. — L'état de la patiente étant tout à fait désespéré, il fut décidé qu'une tentative opératoire était légitime.

La famille demanda un délai à cause d'un mieux apparent survenu pendant la nuit.

Ce retard renvoya l'opération à la matinée du 3 août. — Le Dr Waters administra le chloroforme. Assisté par MM. Lockwood

(1) *New-York med. Record*, 1896, septembre, p. 461.

et Pease, j'ouvris l'abdomen sur la ligne médiane à trois pouces au-dessous de l'ombilic.

Lors de l'incision du péritoine, il se produisit un sifflement de gaz qui fit songer à une perforation de l'intestin. Cela n'était pas. En un instant il s'échappa un flot de pus fétide qui dépassait la capacité d'un gallon. La poche purulente avait refoulé les intestins et le mésentère à un pouce au-dessus de l'ombilic.

A ce moment la prostration de l'opérée devint extrême, mais des irrigations de plusieurs gallons d'une solution saline chaude la ranimèrent. La cavité de l'abcès était énorme, les parois n'étaient rompues en aucun point. Rattachés à la trompe droite et au fond de l'utérus on trouva les vestiges d'un *appendice vermiforme perforé*. Il était solidement adhérent et l'on n'essaya pas de l'enlever.

Après avoir employé plusieurs gallons d'une solution saline chaude, la cavité fut rapidement époncée et drainée à la Mikulicz. La malade mourut trois heures après, paraissant s'être remise du shock opératoire.

MM. les Drs Galloway, Pease et moi, nous fîmes l'autopsie sept heures après la mort. Adhérences intestinales généralisées bien que récentes. Foie totalement adhérent. Grand épiploon friable déjeté à gauche. L'utérus et les ovaires, à part la couche purulente récente qui les recouvrait, paraissaient parfaitement sains, présentant la congestion habituelle du tissu utérin.

La trompe de Fallope droite, était normale, sauf au niveau de son adhérence avec l'appendice vermiforme, point où l'on trouva une petite *collection* purulente. L'appendice mesurait 4 pouces de long, il était gangrené sur l'étendue d'un pouce au niveau de son adhérence tubaire.

OBSERVATION XIX.

MAYGRIER (1897) (1).

Femme de 33 ans, entrée le 25 août 1897 à la Maternité de Lariboisière, secondipare. Pas d'antécédents héréditaires. Elle ne se rappelle pas l'âge auquel elle a commencé à marcher. Débile jusqu'à 7 ans. Réglée à 14 ans.

(1) Observation inédite du 27 août 1897.

Première grossesse en mars 1895. A 4 mois elle fait une chute de la hauteur d'un tabouret, perd du sang, a du tenesme vésical, puis de la constipation. Un médecin appelé fait le diagnostic de rétroversion et parce qu'elle a une leucorrhée abondante, on donne comme traitement deux injections par jour. Peu après la chute elle sent les mouvements de l'enfant, et a de l'œdème au niveau des membres inférieurs. En examinant les urines on trouva de l'albumine en assez grande quantité et on la soumit au régime lacté. La malade n'a plus senti remuer l'enfant.

A 6 mois, un matin, sans motif apparent, elle perd une certaine quantité d'eau rougeâtre et à *cinq heures du soir* elle accouche d'un *fœtus mort-né*. La délivrance fut faite en plusieurs fois par le médecin. Suites de couches normales.

Dans le courant de 1896 elle fut un mois sans voir ses règles, et à la suite d'une autre chute, elle perdit beaucoup de caillots; ses règles revinrent et durèrent dix à douze jours.

Grossesse actuelle. Dernières règles du 15 au 20 février 1897. Mouvements actifs vers 4 mois $1/2$. Dans les premiers jours d'avril elle fut prise de diarrhée avec coliques ayant de trois à quatre selles par jour.

Le 22 août, à la suite d'un repas composé d'aliments indigestes, la malade fut prise de vomissements, rendit de la bile plusieurs fois pendant la nuit et dans la soirée elle n'eut qu'une selle. Le 23 août elle se plaignit d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Un médecin fut appelé, qui ordonna 20 grammes de sulfate de soude et des lavements. Malgré les purgatifs, la malade n'eut pas de selles dans la journée, ni gaz. Elle n'eut pas de vomissements. Le 24 août elle accusa une douleur étendue à tout l'abdomen. Le médecin revint deux fois dans la journée et ordonna une purgation à l'huile de ricin et deux lavements qui n'eurent pas de résultat. T. 36°,6.

Le 25 août, la malade eut quelques vomissements verdâtres. Le ventre devint de plus en plus tendu et douloureux.

Un second médecin fut appelé en consultation et on fit transporter la malade à l'hôpital. Pendant le trajet dans une voiture des Ambulances Urbaines qui dura environ une demi-heure, elle fut prise de *douleurs du travail* et *perdit les eaux*.

On l'examine à 5 heures $1/2$ du soir : Facies bon, langue blanche, pouls à 95, plein et régulier. *Au palper* on ne peut rien distinguer, car l'abdomen est météorisé et douloureux sans point fixe de la douleur. *Au toucher*, dilatation complète, présentation du siège qui est déjà à la vulve. L'accouchement se fait à 3 heures $3/4$ en SIGP, d'un enfant vivant, de *six mois*

environ. Délivrance normale et complète cinq minutes après.

La malade soulagée un peu, après l'accouchement, est reprise bientôt de douleurs intenses étendues à toute la région abdominale. A 7 heures du soir on lui donne un lavement suivi de l'évacuation de beaucoup de liquide contenant des petits grumeaux de matières fécales. Pas de gaz, pas de vomissements. Pouls 90. L'état général ne paraît pas mauvais. Par le toucher vaginal on sent dans le cul-de-sac postérieur une masse molle qui se continue avec le col. Le toucher rectal donne la même sensation de masse molle à travers la face antérieure du rectum. Pendant la nuit la malade a des étouffements et souffre beaucoup. Pas de vomissement. Elle a une garde-robe composée d'un liquide jaunâtre et de matières fécales en grumeaux. Le 26 août, à 7 heures du matin, la température est de 36°,2; la malade est abattue, elle a la bouche sèche et la langue légèrement saburrale. L'abdomen est très distendu et très douloureux. M. Herenschmidt fait donner, à 8 heures du matin, 15 gr. d'huile de ricin.

MM. Maygrier et Rochard pensent à une occlusion intestinale par volvulus ou invagination et prescrivent deux lavements électriques avec application de glace sur l'abdomen et des boissons glacées. La malade a une évacuation spontanée d'une petite quantité de liquide jaunâtre avec quelques fragments de matières fécales. M. Triboulet donne un lavement électrique à 2 h. 1/2, et l'introduction de la sonde seulement provoque l'évacuation d'un peu de liquide de même nature que celui qui a été évacué auparavant. La durée du lavement est de six minutes, il n'est suivi d'aucun effet. A 5 h. 1/2, M. Herenschmidt fait donner un grand lavement d'eau bouillie, le liquide ressort à peine teinté et entraînant quelques fragments de matières fécales.

A 7 heures du soir, la température est de 37°, le pouls de 110. La respiration est difficile; on fait quelques piqûres d'éther et de caféine; on lui donne un nouveau lavement électrique sans résultat. A 8 h. 1/2 la malade est transportée en chirurgie. Elle est très abattue.

A 11 heures du soir M. le Dr Thierry fait la laparotomie. La malade est dans un tel état de prostration qu'on se décide à lui faire simplement dans la fosse iliaque droite un anus contre nature. Le péritoine à peine ouvert, il s'écoule du pus grumeleux d'odeur infecte. Les anses intestinales sont congestionnées et adhérentes, on voit qu'il s'agit d'une péritonite généralisée et on fait un lavage à l'eau bouillie: on laisse deux drains et après avoir fait deux points de suture on fait le pansement.

La malade est si bas qu'on lui fait de nouvelles injections

de caféine, d'éther et de sérum artificiel. Elle *succombe* à 2 h. 1/2 du matin.

On ne peut pas faire l'autopsie pour pouvoir faire un examen complet, mais en agrandissant légèrement l'incision faite pendant l'opération dans la fosse iliaque droite, on trouve :

Un liquide louche, grisâtre et des grumeaux. On constate comme pendant l'opération que les anses intestinales sont hyperémies et agglutinées; les adhérences sont facilement décollées. On attire au dehors l'intestin grêle et on ne constate aucune trace d'occlusion. En examinant le cæcum on voit que l'appendice sur une étendue de 3 centimètres est sphacélé; dans cette portion sphacélée on trouve trois petits calculs stercoraux du volume d'un pois; de sa base il n'existe plus que 1 centimètre.

OBSERVATION XX.

BUDIN (1897) (1).

C. J..., âgée de 20 ans, primipare. Entrée à la la Maternité le 1^{er} octobre 1897, à 11 h. 1/2 du soir.

Antécédents personnels. Elle ignore l'âge auquel elle a marché. Réglée à 16 ans et depuis régulièrement tous les mois pendant 6 à 7 jours.

Au début de la grossesse elle a tenté de se suicider en avalant du sublimé dissous dans de l'alcool à brûler. Elle a été soignée pour cela pendant trois mois à l'hôpital. A son entrée à la Maternité elle est en travail et les membranes sont rompues depuis plus de 30 heures.

La palpation montre une présentation du sommet en droite postérieure.

Au toucher on sent la tête profondément engagée, la dilatation est de 1 centimètre. A 2 heures du matin même dilatation. A 4 heures la dilatation est de 6 centimètres, on sent la fontanelle postérieure en arrière et à droite, la suture sagittale dans le diamètre oblique gauche. A 6 h. 1/4 dilatation complète. A 6 h. 1/2 la rotation se fait. A 6 h. 40 la tête se dégage et l'accouchement se termine.

Enfant du sexe féminin vivant, poids 2.250 grammes. A 7 h. 10 le placenta est dans le vagin, il est retiré facilement; il pèse 500 grammes; la délivrance est complète.

(1) Observation II. — Inédite.

Comme les membranes étaient rompues prématurément on fait une irrigation intra-utérine de 8 litres en 1/4.000.

A 10 heures la malade est transportée au n° 32, salle Dubois. Pendant 5 jours tout se passe normalement. Le 7 octobre à 5 h. 1/2 du soir la malade a un frisson ; la température est de 38°,6 ; le pouls est à 130 très faible. Les lochies sont abondantes mais sans odeur. On lui donne une injection intra-utérine et on la transporte salle Levret au n° 6.

On constate par la palpation que le bas-ventre est très douloureux, il n'y a pas de siège nettement plus marqué ; toute la paroi est hypéresthésiée. Au toucher on ne trouve rien d'anormal. L'état général n'est pas mauvais ; la malade, n'a pas de vomissements ni de nausées, la langue est normale, pas de diarrhée. Rien du côté des seins. Comme traitement on lui met un sac de glace sur le bas-ventre.

Le 8 octobre, température du matin 38°,5 ; du soir, 39°,6. Pouls, matin, 120 ; soir, 125.

M. Budin examine la malade et il est impossible de préciser le siège de la douleur et son point de départ. Elle s'étend dans toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen qui est légèrement ballonné. Les lochies sont abondantes, mais ni fétides, ni purulentes. Enfin l'état général est moins bon, la langue se dessèche, il y a dans la journée quelques vomissements alimentaires et de la diarrhée. La glace est continuée.

Deux injections intra-utérines sont données matin et soir. — Le soir une injection de 1/2 centigramme de morphine ne parvient pas à calmer les douleurs. — Le 9 octobre : température matin 36°,8 ; soir, 38°,2. Pouls très fréquent : 125 matin, 140 soir.

Le ventre est cependant moins douloureux surtout le matin. Les lochies restent abondantes et *deviennent purulentes*. — La malade vomit seulement le soir, la diarrhée continue. Même traitement. 2 injections intra-utérines. Glace en permanence. 1 centimètre cube de morphine le soir.

Le 10 octobre : température, matin, 38°,8 ; soir, 37°,8. Le pouls est de plus en plus fréquent et de plus en plus faible, le matin il est de 150, soir, 165. Le ventre très douloureux le matin, l'est moins le soir. Cependant il est plus ballonné que les jours suivants.

Lochies toujours purulentes. L'état général est de moins en moins bon. — La diarrhée continue. Les vomissements fréquents deviennent *verdâtres*. Cependant le soir les symptômes sont un peu atténués. Même traitement.

Le 11 octobre. La température est au matin 37°,6, soir, 38°,8. Le pouls est au matin 110, soir, 155.

Les lochies ont le même caractère que la veille. Le ventre est très douloureux, mais à partir de l'après-midi les douleurs s'étendent très rapidement à tout l'abdomen et le ballonnement augmente rapidement, il n'y a pas de matité dans les flancs. — En même temps l'état général devient très mauvais, la langue est sèche, presque rôtie. La diarrhée est abondante et fétide. Enfin les vomissements ne cessent pas durant toute la journée; ils sont verdâtres et à la fin de la journée porracés.

Même traitement; le soir à 6 heures injection d'un centigramme de morphine, potion avec 3 centigrammes de menthol; les douleurs ne cessent pas, le ballonnement augmente, les vomissements durent jusqu'à 11 heures du soir. A ce moment la malade est prise de vomissements abondants d'odeur fétide et aigre, mais non fécaloïdes, qui durent près de 10 minutes. On constate à ce moment que la malade a les traits tirés, le facies grippé, les yeux profondément excavés; elle meurt à 11 h. 1/4.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique on constate des adhérences de la plèvre gauche, il y a de la congestion hypostatique aux deux bases. — Le cœur est un peu pâle et flasque, le sang des cavités a les caractères du sang dissous. Pas de lésions d'orifices. A l'ouverture de la cavité abdominale il s'échappe une notable quantité de pus jaune verdâtre. L'épiploon est infiltré de pus et adhère légèrement en plusieurs points aux anses intestinales. — Les anses elles-mêmes sont accolées en plusieurs points les unes aux autres par des fausses membranes infiltrées de pus. Il n'y a pas de matières fécales dans le liquide péritonéal. On ne trouve pas de perforation sur toute la longueur de l'intestin grêle.

On trouve une *perforation de l'appendice* à son extrémité libre; tandis que la partie de cet appendice contiguë à l'intestin est d'apparence saine, l'extrémité qui en a été séparée forme une sorte de cavité ouverte dans le péritoine qui est rempli d'un magma purulent.

L'utérus n'est pas revenu sur lui-même, il est pâle et grisâtre.

Le foie est pâle. Il en est de même des reins et l'estomac et le reste des intestins paraissent sains.

L'examen bactériologique du pus montre en abondance un microorganisme ayant tous les caractères morphologiques du coli-bacille. Les cultures avec le pus de la sérosité pericardique donnent des colonies de coli-bacille moins nombreuses que celles faites avec le pus du péritoine.

OBSERVATION XXI.

BUDIN (1897) (1).

J. M..., multipare, âgée de 35 ans. Entrée le 22 mars 1897. — La malade entre à la Maternité pour des accidents d'origine péritonéale : vomissements, ballonnement du ventre, vives douleurs abdominales. — Le début de ces accidents aurait eu lieu subitement il y a six jours : douleurs abdominales suivies depuis deux jours de vomissements fréquents, de dyspnée, de frissons et de fièvre. — Il y a deux jours la malade prétend avoir eu un violent traumatisme de l'abdomen (choc contre un meuble) ; mais les dires de la malade sont contradictoires et l'on ne peut savoir exactement si l'apparition des douleurs abdominales coïncide ou non avec ce traumatisme.

La malade est *enceinte de cinq mois*. Elle n'est pas en travail.

A son entrée à l'hôpital le 22 mars, la malade présente des signes de réaction péritonéale : facies grippé. Température 39°. Pouls très rapide à 140 ; le ballonnement du ventre est très prononcé et généralisé à tout l'abdomen, tympanisme à la percussion, dyspnée. La malade a des vomissements porracés et ne peut conserver aucun liquide, même glacé. — Elle va régulièrement à la selle ; en même temps vives douleurs spontanées et provoquées par la pression. La douleur aurait débuté selon la malade du côté droit, et elle est plus vive de ce côté à la pression. Traitement : morphine, lavements glycélinés.

Le 23 mars, même état. — Le 24 mars, le ballonnement du ventre augmente, ainsi que les souffrances de la malade. M. le D^r Budin fait demander M. le D^r Bouilly pour discuter l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Il est très difficile de rattacher les lésions du péritoine à une cause certaine ; peut-être le traumatisme signalé par la malade joue-t-il un rôle ? peut-être s'agit-il d'accidents d'origine intestinale ?

D'autre part on ne possède aucune donnée sur le siège primitif de la lésion. M. Bouilly préfère attendre, M. Budin au contraire est partisan de l'intervention immédiate.

Le 25 mars même état, cependant la situation de la malade semble s'améliorer ; le ballonnement du ventre a diminué, la

(1) Observation inédite.

température s'est abaissée à 37° et le pouls est devenu ample quoique toujours très rapide à 120.

Mais le lendemain 26 mars, le pouls est devenu rapidement petit, dépressible, le facies de la malade est très grippé, le ballonnement du ventre est très prononcé. M. Bouilly fait la laparotomie : incision sur la ligne médiane, paroi abdominale infiltrée, œdématisée. A l'ouverture du péritoine, issue de gaz très fétides et d'un liquide roussâtre séro-purulent. On voit l'épiploon épaissi, infiltré et l'utérus gravidé recouvert de fausses membranes. Lavage du péritoine à l'eau bouillie (3 litres de liquide). On ferme la paroi abdominale en laissant trois drains de caoutchouc, l'un dirigé vers le diaphragme, les deux autres vers les fosses iliaques. Avant la laparotomie, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen et vessies de glace, piqûres de morphine, lavements purgatifs.

Après la laparotomie, injections de sérum, caféine et éther. Quelques heures après l'intervention, le pouls est incomptable, la malade s'affaiblit et *succombe 7 heures après l'opération.*

Autopsie. — Péritonite suppurée : le pus a envahi toute la cavité péritonéale jusqu'à la face inférieure du foie, adhérences, infiltration du grand épiploon. Utérus normal contenant un œuf de 750 grammes ; l'utérus ne présente pas de lésions. L'intestin est très dilaté par les gaz, surtout le gros intestin et le cæcum en particulier.

On ne constate pas de perforation intestinale, mais *l'appendice* est tout entier sphacélé, détruit.

OBSERVATION XXII.

STIMSON (1890) (1).

M^{me} R..., 35 ans, mère de sept enfants et *enceinte de trois mois*, fut prise le 31 juillet 1890, à une heure de l'après-midi, d'une douleur intense dans le côté droit de l'abdomen. Cette douleur fut si violente, qu'elle dut recevoir entre trois et cinq heures une injection hypodermique de 4 grain 1/2 de morphine. La sensibilité à la pression était surtout marquée au niveau du point de Mac-Burney ; l'extension de la cuisse gauche était un peu douloureuse.

Comme la patiente avait à trois reprises différentes perdu, pendant le cours de sa grossesse, du sang s'écoulant librement

(1) *New-York medical Journal*, 25 octobre 1890, p. 449.

de l'utérus, comme d'autre part on sentait par le toucher vaginal un certain épaississement du côté droit, le médecin traitant, M. Hurlbutt, avait songé à la *rupture d'une grossesse extra-utérine*.

Je vis la malade à une heure du matin. Elle semblait mieux, la douleur avait été calmée par la morphine, mais la température était montée à 101° F. Le ventre était rigide, cependant sonore et modérément distendu. Les antécédents étaient négatifs, sauf plusieurs attaques passagères douloureuses siégeant dans le bas-ventre. Ces douleurs avaient été remarquées durant les trois ou quatre années précédentes, mais aucune d'elles n'avait nécessité le repos au lit.

Je ne pensai pas que le cas fût celui d'une grossesse extra-utérine rompue, mais l'existence d'une péritonite aiguë généralisée était hors de doute et je conseillai une opération d'urgence pour en supprimer, si possible, la cause. Je choisis l'incision médiane, pensant pouvoir, le cas échéant, enlever l'*appendice*, cette incision étant également avantageuse dans le cas où la péritonite relèverait d'une autre cause.

L'opération fut faite à deux heures avec l'assistance de MM. Hurlbutt, Pierson et Hungerford. Sitôt que le péritoine fut ouvert, une quantité considérable de sérosité fluide, trouble et floconneuse s'échappa; en soulevant le côté droit de l'incision, l'*appendice* apparut. Il était très congestionné, son sommet était dirigé en avant et en dedans, presque au contact de la paroi abdominale; en arrière, il était en contact avec l'ovaire droit.

A l'union de son tiers inférieur avec son tiers moyen siégeait une escharre foncée, large d'un quart de pouce. Autour de celle-ci on voyait une zone de fibrine blanchâtre qui s'étendait aussi sur l'ovaire. Le péritoine avoisinant était congestionné mais non adhérent.

L'*appendice* fut lié à sa base et réséqué avec grande facilité, le péritoine voisin légèrement épongé; un drain et un tampon de gaze iodoformée furent introduits et l'incision suturée dans sa plus grande étendue.

La convalescence suivit sans incident.

L'*appendice* était long comme trois pouces et large comme le petit doigt; ses parois étaient épaissies; la muqueuse atteinte d'inflammation catarrhale. Il ne contenait que quelques couches de matières fécales molles.

L'escharre était perforée en son centre. Au-dessus d'elle (du côté de la base de l'*appendice*), l'*appendice* offrait une contraction annulaire avec une petite perforation centrale. La muqueuse au niveau de ce point rétréci n'était pas détruite et n'offrait pas d'aspect cicatriciel.

OBSERVATION XXIII.

WIGGIN (1892) (1).

Le 21 juillet 1889 je fus appelé auprès de M^{me} A. V..., femme âgée de 35 ans, mariée. Elle est depuis quelque temps malade et très constipée (suivant son habitude).

Depuis trois mois elle n'a pas revu ses règles et de fréquents vomissements, surtout le matin.

Je fis le diagnostic de grossesse et administrai une potion composée à l'oxalate de cérium. Le 24, les nausées n'avaient pas diminué, la constipation persistait et j'ordonnai du viburnum ainsi qu'un vomitif. Le 26, comme les intestins ne s'étaient pas vidés et que les nausées augmentaient, j'ordonnai un dixième de grain de calomel et un grain de bicarbonate de soude à prendre toutes les demi-heures. Je prescrivis aussi un nouveau vomitif. Le pouls était alors à 100 et la température à 99° F.

Dans une visite ultérieure je trouvais la malade mieux. Le 27, les nausées continuent et pour la première fois la malade se plaint de douleurs au point de Mac-Burney. Aucune tumeur ne put être décelée et la douleur n'était pas augmentée à la pression. T. 100° F. Pouls = 106.

L'appendicite fut alors incriminée comme étant la cause de la maladie. Il y eut une consultation médicale mais les confrères ne purent s'entendre sur le diagnostic. Le 28, la malade passa une très bonne nuit. Le point de Mac-Burney avait disparu, mais la malade se plaignait maintenant de la région ovarienne gauche. On ne trouva aucune tumeur, ni douleur à la percussion.

Il y avait une légère distension de l'abdomen et les muscles étaient un peu rigides.

On tint une nouvelle consultation, mais l'accord quant au diagnostic ne put encore être établi. Pendant l'après-midi, la malade eut un frisson et une heure après une température de 103° F., un pouls de 126.

Une opération fut proposée, mais des amis s'y opposèrent.

Une péritonite septique généralisée se développa et la patiente mourut le 31.

(1) *Medical Record*, 23 janvier 1892, page 109.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, la péritonite généralisée parut évidente. L'*appendice* renfermait une concrétion fécale du volume d'une noisette, formée de couches concentriques, remplissant la lumière de l'*appendice*, qui était gangrené. La perforation s'était produite à l'union de l'*appendice* et du cæcum.

On trouva un embryon de *trois mois* dans l'utérus.

OBSERVATION XXIV.

TUFFIER (1897) (1).

M^{me} X..., 34 ans, est d'une constitution vigoureuse et n'a jamais eu aucun trouble intestinal ou gastrique, sauf une constipation assez opiniâtre.

Il y a huit ans, elle eut au cours de sa première grossesse, vers la fin du huitième mois des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde, et l'intensité des symptômes est accusée par une température oscillant entre 38° et 40° pendant 15 jours, dont les huit derniers furent marqués par un délire continu.

Le tout disparut brusquement par l'ouverture d'un abcès dans le cæcum et l'expulsion par l'anus d'une quantité énorme de pus fétide. La grossesse n'en continua pas moins et la malade sortit saine et sauve de ces accidents.

Un an après nouvelle grossesse, nouvelles douleurs dans la fosse iliaque droite avec poussées intermittentes fébriles et vomissements qui nécessitèrent le séjour au lit pendant toute sa durée. L'accouchement eut lieu à terme, et depuis cette époque cette femme ne ressentit que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse il y a quatre mois c'est-à-dire sept ans après la première; nouvelles douleurs dans le flanc droit dès le second mois, ces douleurs s'accompagnent d'un gonflement dans la région; la malade reste alitée et je suis appelé par M. le Dr Selle pour l'examiner.

Je porte le diagnostic d'*appendicite*, et l'absence de fièvre, le gonflement bien limité et circonscrit, me font penser à une *appendicite sans suppuration*.

(1) *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, Paris, 1897, n° 112, p. 206.

Glace, opium, immobilité absolue. Les douleurs continuent à s'aggraver et après un mois d'hésitation que nous imposait l'état de grossesse, le gonflement ayant persisté et l'état douloureux devenant plus intense, je consentis à intervenir.

Le 30 janvier 1897, à la maison de santé de la rue Bizet, avec le concours de M. le Dr Selle et de M. Bresset, je pratique l'incision classique et je trouve d'abord dans la fosse iliaque une tumeur kystique de l'ovaire droit, du volume d'une orange, j'en pratique l'extirpation, puis au milieu des adhérences épiploïques j'isole le cæcum, et à sa partie postérieure je trouve l'*appendice* fibreux, long de sept à huit centimètres, intimement soudé à la face postérieure du cæcum; je l'isole péniblement et arrivé à son extrémité libre, je suis obligé de disséquer l'*appendice* des parois cæcales, épaissies et fibreuses. Résection au thermocautère et suture.

L'*appendice* avait conservé sa lumière; mais il était fibreux, son canal étroit, et à son extrémité aveugle il contenait un gros calcul pierreux, d'origine stercorale.

La guérison opératoire se fit sans incident. J'ai revu la malade le 7 avril: elle se porte à merveille, elle ne souffre pas et sa *grossesse continue* sans encombre.

Accouchée, enfant vivant.

OBSERVATION XXV.

LE GENDRE (1897) (1).

Une jeune femme que je soignais quand elle était jeune fille, avait eu depuis six ou sept ans des accès de douleurs abdominales, sur la nature desquelles plusieurs médecins qui l'avaient soignée avant moi n'étaient pas d'accord. Il s'agissait de douleurs à début brusque, localisées au niveau de la fosse iliaque droite, durant quelques heures, un, deux ou trois jours, accompagnées parfois de vomissements abondants.

La première s'était montrée à l'issue d'une attaque d'influenza.

Depuis lors, il y en avait environ deux par an; quelques-unes, ayant suivi des recrudescences d'une *constipation* habituelle, avaient été attribuées à l'engorgement cæcal; d'autres,

(1) *Revue d'Obst. et de Pédiatrie*, 1897, n° 112, p. 200.

s'étant montrées au moment d'une époque menstruelle, avaient paru imputables à la congestion de l'ovaire droit.

Quant j'eus assisté à une de ces crises, je ne conservai pas le moindre doute sur leur siège véritable; le point de Mac-Burney était de la plus grande netteté. Les garde-robes contenaient des amas de mucus concret qui me firent admettre une *entéro-colite* légère, dont les recrudescences provoquaient périodiquement des poussées réactionnelles de l'*appendice*. Fait qui n'est pas exceptionnel, malgré les dénégations de M. Dieulafoy. Un régime alimentaire bien réglé, des irrigations intestinales méthodiques semblèrent suivis d'une guérison et la jeune fille se maria parfaitement bien portante. Mais les voyages, les dîners en ville fréquents et les bals amenèrent, avec la fatigue physique l'oubli de l'hygiène alimentaire et intestinale.

Au cinquième mois d'une première grossesse éclata une forte crise nettement *appendiculaire*, qui ne laissa pas de m'inquiéter; je me demandai quelle conduite il y aurait lieu de tenir si la crise ne se résolvait pas comme les années précédentes par le repos, la diète et l'opium; la résolution se fit, mais plus lentement toutefois qu'à l'ordinaire; la crise dura cinq ou six jours au lieu de trois.

Huit jours avant l'accouchement, nouvelle crise qui fit croire d'abord au confrère appelé, le Dr Margery (de Sannois) qu'il s'agissait d'un début de travail.

L'enfant qui vint au monde bien constitué dans le milieu de l'été dernier, succomba au bout de quelques jours à des accidents infectieux de cause mal déterminée, m'a dit M. Bar, qui assistait cette dame.

A partir de septembre jusqu'en décembre, trois petites crises eurent lieu, de plus en plus rapprochées; je ne fus appelé pour aucune d'elles, la malade ayant pris l'habitude d'appliquer elle-même la thérapeutique qui lui avait toujours si bien réussi. C'est après la troisième que mon avis fut redemandé.

Je soumis nettement au mari et à la mère la proposition de *résection de l'appendice* à froid, à laquelle j'avais fait allusion timidement, à vrai dire, même avant le mariage, mais naturellement sans trouver d'écho. Je fis valoir l'avantage qu'il y aurait à débarrasser la jeune femme avant qu'une nouvelle grossesse survînt. La famille désira connaître à ce sujet l'opinion de M. Lancereaux, et une consultation eut lieu entre lui, le Dr Margery et moi.

Notre éminent collègue jugea qu'il n'y avait pas d'urgence à prendre cette décision, qu'avec une hygiène rigoureuse on empêcherait peut-être une nouvelle rechute, mais que, s'il y

en avait une cependant, il y aurait lieu de faire intervenir le chirurgien. Plusieurs semaines d'irrigations intestinales, d'alimentation surveillée, parurent en effet réussir, et un commencement de grossesse se manifesta. Une époque menstruelle avait fait défaut lorsqu'une crise éclata. La seule cause qui ait pu être incriminée fut l'ingestion, dans un dîner en ville, d'un mets fermentescible (chevreuil mariné avec sauce poivrée). Mais c'est aussi l'époque à laquelle un nombre insolite d'*appendicites* était constaté dans Paris, puisque notre collègue Merkle signalait une épidémie d'*appendicites* et proposait la mise à l'ordre du jour de la question.

Quelle que soit la cause (entérite de cause alimentaire ou virulence saisonnière du coli-bacille), cette dame fut prise un soir de douleurs violentes débutant dans la fosse iliaque droite avec vomissement. Peu après, la douleur envahit les régions hypogastrique, ombilicale et épigastrique, avec des caractères que la malade déclarait différents de ceux qu'elle avait dans les crises précédentes, par son intensité, sa diffusion, une sensation de déchirure interne, le ballonnement du ventre, la dyspnée. M. Lancereaux et M. Walther, qui arrivèrent peu de temps après le début, jugèrent que l'*appendicite* s'accompagnait cette fois d'une réaction péritonéale très accentuée. La glace fut appliquée en permanence, ils prescrivirent la diète absolue et de très petits lavements laudanisés.

Le lendemain, la douleur spontanée était faible, mais la douleur provoquée nettement *appendiculaire*; le surlendemain on percevait un petit noyau d'induration juste au niveau de la base de l'appendice et nous assistions à la formation graduelle d'un plastron exsudatif au devant du cæcum.

Nous convinmes, avec M. Walther, de laisser cette poussée inflammatoire se résoudre afin de réséquer l'*appendice* à froid, si la formation d'un abcès n'obligeait pas à intervenir d'urgence. La glace fut maintenue en permanence. Nous ne permîmes, comme aliments, que de très faibles quantités de lait, de grog, de bouillon et un peu plus tard de jaune d'œuf délayé; un lavement était donné quotidiennement avec la plus grande douceur.

Nous avions la satisfaction de constater, les jours suivants, la tendance du plastron précæcal à diminuer et à s'assouplir, avec des températures axillaires de 37°,2 à 37°,8 au plus (cette dame a ordinairement une température de 36°,5), lorsque deux jours avant la date où d'ordinaire se montraient les règles, la situation se modifia, l'empâtement autour du cæcum se mit à augmenter de nouveau, à s'élever vers l'angle du côlon, à s'étendre en largeur en redevenant plus douloureux; le facies

se grippait; la température monta un soir à 38°. M. Walther exprima la crainte qu'une collection purulente ne menaçât de s'ouvrir du côté de la cavité péritonéale, et se tint prêt à faire une intervention d'urgence.

Nous demandâmes à M. Jalaguier son impression, et, tout en approuvant ces préparatifs, il émit l'opinion que le molimen menstruel, quoique entravé par l'état de grossesse, avait pu provoquer une poussée seulement congestive autour du foyer d'*appendicite*; si cette hypothèse était juste, la régression ne tarderait pas à l'accomplir.

C'est en effet ce qui se passa. Le lendemain, la masse péritypblique cessait de s'accroître, puis diminuait et redevenait indolore, si bien qu'au bout de quinze jours la tumeur se trouvait réduite à un noyau allongé autour de l'appendice; la palpation permettait de constater que cet organe était relevé le long du cæcum et on sentait même au niveau de son point d'insertion un corps arrondi comme un ganglion. La résection fut décidée huit jours avant la prochaine époque menstruelle.

M. Bar s'assura que l'*utérus en rétroflexion* avait bien la dimension d'une grossesse de dix semaines environ et approuva l'intervention. Nous n'étions pas naturellement sans craindre un avortement. Mais les choses se passèrent le mieux du monde.

L'*appendice* noueux et recroquevillé, relevé en point d'interrogation, perforé à sa base, fut réséqué; on enleva en même temps la petite gangue d'exsudat inflammatoire avec le ganglion qui avait été diagnostiqué au palper. Un drain de gaze iodoformée suivant le procédé de Mikulicz et un tube furent laissés; la malade resta à la diète complète, avec des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les suites opératoires furent parfaites; aucune réaction de l'*utérus* ne s'est manifestée depuis quatre mois que l'opération a été faite, et la *grossesse* continue son cours.

OBSERVATION XXVI.

BOUVERET (1897) (1).

M^{me} X..., âgée de 35 ans, *multipare*, a toujours joui d'une bonne santé; a eu déjà cependant quelques accidents *appendiculaires*. Le premier se produisit pendant sa quatrième grossesse, en 1893. A la suite d'une chute de peu de gravité,

(1) Thèse Boullier, 30 novembre 1897.

la malade fut prise de douleurs vives dans l'abdomen. On crut simplement à une menace d'avortement, mais il est bien probable qu'il s'est agi d'une première atteinte d'*appendicite*, d'ailleurs de peu de gravité. Après quelques jours de repos au lit, toute menace d'avortement avait disparu, la malade reprenait sa vie ordinaire et accouchait à terme d'un enfant vivant. Deux ans plus tard, en 1895, elle fut prise de vives coliques abdominales et dut garder le lit pendant quatre jours. Il est bien vraisemblable qu'il y eut alors une seconde attaque d'*appendicite*.

En janvier 1897, M^{me} X... était au *quatrième mois de sa sixième grossesse*; jusque-là cette grossesse était indemne de tout incident. Dans la matinée du 13 janvier la malade éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre, et elle a un peu de diarrhée. Elle sort néanmoins dans l'après-midi. Brusquement elle est prise, en gravissant une pente un peu rapide, d'une douleur violente dans le bas-ventre. Elle perd connaissance pendant quelques minutes; revenue à elle, elle a le courage, souffrant toujours beaucoup, de rentrer chez elle en voiture. Toute la nuit fut agitée, sans sommeil, il n'y eut cependant pas de vomissements. Je fus appelé le lendemain matin, 14 janvier. L'utérus était encore le siège de contractions fréquentes et prolongées. L'orifice du col était cependant formé et il n'y avait aucun écoulement de sang. Je cherchais vainement la cause de cette douleur de la veille, violente, à début brusque et survenue sans cause appréciable. Les culs-de-sac vaginaux étaient libres, non douloureux au toucher; il n'avait pas de fièvre, la température était de 37°,5 dans la matinée, elle était à 38°,2 le soir.

Le lendemain 15 janvier, les contractions utérines ont beaucoup diminué, le toucher vaginal donne toujours le même résultat négatif. La température reste à 38°,2 toute la journée, le pouls ne dépasse pas 90. Toute la région hypogastrique est endolorie et un peu sensible à la pression; mais la douleur provoquée est bien plus marquée dans la fosse iliaque droite, où la palpation fait découvrir un empâtement peu étendu, mais très manifeste dans la région du cæcum. Il n'y a plus de doute désormais: la violente douleur initiale annonçait le début d'une *appendicite*. Elle a provoqué les contractions de l'utérus au point de faire redouter l'avortement, et ces contractions nous ont caché pendant deux jours la véritable nature de l'affection. Les jours suivants, la tuméfaction péri-appendiculaire augmente sans jamais atteindre cependant des proportions considérables. La douleur reste modérée, les vomissements font défaut, la constipation est peu prononcée, la température

oscille autour de 38°,5 sans s'élever jamais à 39°. L'état général reste tout à fait satisfaisant, en sorte qu'il paraît très probable que cette poussée d'*appendicite* évoluera simplement et se terminera par résolution.

En effet, le 27 janvier, la température est normale matin et soir; le lendemain et les jours suivants elle tombe même au-dessous de la normale; la tuméfaction de la fosse iliaque droite diminue évidemment, la malade se croit guérie et il est difficile de la maintenir au lit. Le 3 février, la malade allait aussi bien que possible et paraissait en voie de convalescence. Elle réclamait vivement la permission de se lever et manger. Depuis une semaine, il n'y avait plus de fièvre et la tuméfaction de la fosse iliaque avait beaucoup diminué.

J'avais été cependant frappé d'un fait qui me paraissait anormal et que je ne pouvais alors expliquer d'une façon satisfaisante : l'utérus avait fortement augmenté de volume depuis le début de la maladie : il remontait certainement plus haut que ne le comportait l'époque de la grossesse. Nous étions à la fin du quatrième mois, je n'avais pas réussi à entendre les bruits du cœur fœtal et j'en conclus que probablement, l'enfant avait été tué par les violentes contractions utérines du début.

Le 4 février je suis appelé de bonne heure auprès de la malade, les douleurs internes ont reparu pendant la nuit et il s'est produit par la vulve un abondant écoulement d'un liquide de très mauvaise odeur. Ce liquide imprègne plusieurs serviettes; il a l'aspect d'une sérosité louche. Ce n'est pas du pus. Je présume qu'il s'agit de liquide amniotique altéré, ce qui me confirme dans cette pensée que l'enfant a été tué. Le col commence à se dilater. M. A. Pollosson voit la malade dans l'après-midi, la dilatation du col a augmenté et la poche des eaux bombe, ne paraissant pas du tout avoir été déjà rompue; de plus M. Pollosson croit percevoir par la palpation quelques légers mouvements du fœtus; il conseille donc du laudanum en lavement pour tenter d'arrêter l'avortement : les contractions utérines augmentent néanmoins et le col se dilate de plus en plus. A 8 heures du soir la température est à 38°,7. Deux heures plus tard survient un frisson; M. Pollosson est appelé au milieu de la nuit, la dilatation du col est très avancée, la poche des eaux bombe très fortement; il la déchire et voit s'écouler un liquide amniotique clair normal, sans odeur, tout à fait différent du liquide fétide qui s'est écoulé de l'utérus dans la matinée. *Il extrait un fœtus vivant* qui meurt après quelques efforts de respiration. Ce fœtus paraît âgé de quatre mois à quatre mois et demi. M. Pollosson termine son intervention par un lavage de la cavité utérine avec la solution de permanganate de potasse.

Le 5 février, lendemain de l'avortement, la malade paraît aller bien ; la température s'abaisse progressivement à 39°,5 à 8 heures du matin, 38° à 11 heures. Le soir nouvel accès fébrile, 42°,6.

Du 6 au 9 février la fièvre persiste, mais modérée, sans frissons, avec de fortes rémissions matinales oscillant de 37°,8 à 39°,4. Il n'y a pas de douleur locale, l'examen le plus attentif de l'utérus et de l'abdomen n'y fait rien découvrir de suspect. Préoccupés de l'arrivée du liquide fétide expulsé au début de l'avortement, nous explorons à diverses reprises le péritoine pelvien et nous ne trouvons rien autre que les traces à peine appréciables de l'*appendicite* du début. Les lochies sont peu abondantes et non fétides.

Les 9 et 10 février, la température est à peu près normale : 37°,6 ; 38° ; 37°,3 et 38°,2. La rétraction du l'utérus se poursuit régulièrement, il semble bien que la malade soit en voie de guérison. — 11 février, la fièvre reparait et s'élève à 39°,4 et le lendemain à 40°,6.

13 février, deux frissons ; l'un léger dans la matinée, l'autre plus violent dans l'après-midi. L'examen local reste toujours entièrement négatif.

A dater de ce jour, 13 février, jusqu'au 16 mars, se déroule une longue période de plus d'un mois dans laquelle la malade présente les symptômes d'une septicémie grave. La courbe thermométrique est formée de grandes oscillations et à plusieurs reprises la température dépasse 41°. Plusieurs grands frissons, notamment le 15 février, les 5, 6 et 10 mars. Chaque grand accès fébrile est suivi d'abondantes transpirations. Du 26 février au 5 mars la fièvre prend une allure plus continue et l'état général, qui jusque-là était resté bon, s'aggrave sensiblement. Foie gros, rate grosse, urine albumineuse et contenant un peu de sang, pleurésie à la base gauche. M. Fauchier, appelé en consultation, conseille et pratique le 3 mars une injection sous-cutanée de 1 cc. d'essence de térébenthine pour obtenir un abcès de fixation. Pendant toute cette période, le poulx était resté assez bon, variant de 110 à 120, une seule fois il s'était élevé à 140. A partir du 16 mars l'état de la malade s'améliore visiblement et nous commençons à espérer qu'elle guérira. En effet, dès l'ouverture de l'abcès de fixation le 18 mars, l'amélioration s'accroît de plus en plus, la fièvre tombe. L'épanchement pleurétique se résorbe entièrement et la convalescence commence. Le 23 mars l'apyrexie définitive est obtenue. Débarrassée de sa fièvre, la malade reprend très rapidement des couleurs, des forces et de l'embonpoint. La convalescence fut traversée par un léger incident, sans gravité, une périostite du radius droit qui dura 3 semaines et se

termina par une guérison complète. Jusqu'en septembre de la même année, M^{me} X..., jouit d'une santé parfaite; à cette époque elle fut atteinte d'une nouvelle attaque d'*appendicite* qui dura 3 semaines et fut plus sérieuse que toutes les autres. Cette fois encore l'*appendicite* guérit sans suppuration.

OBSERVATION XXVII.

PENROSE (1896) (1).

M^{me} J. S..., 33 ans, mariée, 7 enfants. *En juillet 1894 enceinte d'environ 7 mois 1/2*, elle commença à se plaindre de douleurs dans l'abdomen, douleur plus marquée dans la région de l'hypocondre droite, s'étendant de là jusqu'à l'épaule droite. A cause de la grossesse aucune masse ou tumeur ne fut à cette époque découverte par son médecin. La douleur continua avec un caractère d'intensité extrême nécessitant l'absorption de fortes doses d'opium jusqu'au 20 août, *date à laquelle elle donna naissance à un enfant*. Après le travail, ses médecins découvrirent comme « une tumeur de 2 pouces et demi de large, s'étendant des côtes au ligament de Poupart sur le côté droit ». La douleur au côté droit de l'abdomen persista à un degré moindre *jusqu'en février 1895*, la malade fut alors de nouveau enceinte et avec cette grossesse, les douleurs prirent un caractère très marqué.

En mai suivant la douleur était si aiguë et la malade dans un état si affaibli que ses médecins redoutant le collapsus décidèrent de provoquer un accouchement prématuré. Ce qui eut lieu le 11 juin dernier.

Depuis ce temps il y a une douleur continue et de la sensibilité à droite de l'abdomen, s'étendant du ligament de Poupart au bord des côtes. Elle a eu aussi des crises de douleur et de gonflement dans cette région. La prétendue tumeur avait persisté, plus marquée à certains moments qu'à d'autres.

La malade fut admise au « Gynecenean Hospital » pendant le dernier mois d'octobre et à l'examen voici ce que l'on trouva : L'utérus quelque peu augmenté, la position normale. La trompe droite et l'ovaire légèrement adhérents — l'ovaire gauche devenu aussi gros qu'un œuf de canard, et kystique. Sur

(1) *American Journal of Obstetrics*. — N.-York, février 1896, p. 253.

le fond de l'utérus on sentait une boule ou masse ressemblant beaucoup à un fibrome sous-péritonéal. Le muscle droit était rigide et plat, sensible au toucher. Il y avait une sensibilité marquée de l'appendice vermiforme.

La malade dit qu'elle avait toujours considéré la tumeur trouvée par les docteurs comme étant simplement le muscle droit rigide.

On fit la cœliotomie ; l'abdomen ouvert selon la ligne médiane présenta la condition suivante : utérus un peu plus gros qu'à l'état normal, au sommet duquel adhérait une masse ou touffe à peu près de la grosseur d'un œuf de poule. La trompe droite et l'ovaire étaient aussi adhérents. L'ovaire gauche était kystique, de la grosseur d'un œuf de canard et sa trompe légèrement adhérente.

Il y avait beaucoup d'adhérences dans la partie inférieure de la cavité abdominale. L'*appendice vermiforme* fut trouvé adhérent à la paroi postérieure de l'abdomen ; il était dur, semblable à un cordon.

Les deux trompes et les ovaires, la masse au sommet de l'utérus et l'*appendice vermiforme* furent enlevés. Pendant toute l'opération, quoique la malade fut dans la plus complète anesthésie, le muscle droit demeura rigide et gêna beaucoup les manipulations.

La convalescence fut régulière. Une semaine après l'opération, la rigidité du muscle droit avait également disparu. Il est à croire que l'état d'inflammation de l'abdomen avait eu pour origine l'*appendice vermiforme*. Il n'y avait aucune maladie des membranes muqueuses des trompes. Les adhérences aux trompes, aux ovaires étaient de même nature que celles trouvées dans tout le reste de l'abdomen, plus marquées dans le voisinage de l'*appendice vermiforme*.

La rigidité du muscle droit est le trait le plus frappant, par sa persistance, malgré la plus profonde anesthésie.

OBSERVATION XXVIII.

ABRAHAMS (1897) (1).

L..., âgée de 42 ans. Rien dans les antécédents. Enceinte pour la 5^e fois. Constipation habituelle.

Pendant sa dernière grossesse juste vers la fin du 7^e mois, elle fut saisie d'une douleur lancinante dans la région iliaque droite s'irradiant au côté gauche de l'abdomen. Elle eut deux vomissements pendant la première heure. Douze heures après

(1) *American Journ. of Obstetrics*, 1897, tome 35, p. 205.

l'attaque, la douleur se localisa définitivement dans la fosse iliaque droite. T. 38° C. Pouls 90. Le jour suivant la température et le pouls se maintiennent. Elle a des coliques après l'absorption de calomel. La température, le pouls et la douleur continuèrent 9 jours. Le 10^e jour, l'intensité de la douleur diminua, tandis que le pouls et la température revenaient à la normale.

L'appendice était sensible et douloureux, mais il fut impossible par l'examen le plus soigneux de découvrir ni empatement, ni tuméfaction.

Diagnostic : *Appendicite catarrhale*.

La malade accoucha à terme d'un enfant vivant. Le placenta était normal. La délivrance fut régulière et la période puerpérale se passa sans événement. Ce qui confirme le diagnostic d'*appendicite*, c'est que 6 mois après, la malade présenta deux fois les mêmes troubles. Durant chaque récurrence, la température fut légèrement élevée et le pouls quelque peu accéléré. L'empatement et la tuméfaction manquaient. Cette femme refuse l'opération.

OBSERVATION XXIX.

BLACK (1897) (1).

Le 13 février, un samedi à 9 heures, je fus appelé par le Dr Halstead de Jacksonville pour voir M^{me} C..., âgée de 23 ans, malade depuis une semaine ; elle a présenté les symptômes suivants : le matin du dimanche 7 février, début de ses époques, elle eut de violentes douleurs. Un médecin fut appelé et prescrivit de la morphine, croyant simplement à une menstruation douloureuse. La douleur persista cependant et fut accompagnée d'une élévation de température ne dépassant pas 100° F. On administra un purgatif et l'on continua la morphine. A ce moment le toucher vaginal ne révéla rien d'autre qu'un *utérus très mou*. L'examen était très douloureux. En l'absence du médecin traitant, le Dr Cole vit la malade, pratiqua le toucher et ne trouva aussi rien d'autre qu'un *utérus très mou*. Le lundi matin la température se maintint à 100° F., la malade disait se trouver mieux sous tous les rapports. Le mardi, la douleur devint plus intense ; elle fut toujours localisée dans la région de l'*appendice*. Il se développa du tympanisme avec de la rigidité musculaire. La menstruation continua avec des *apparences normales*.

Le toucher montra encore l'*utérus très mou*.

(1) *Ann. of Gyn. Pediatrics*, juin 1897, vol. X, p. 525.

Le palper révéla une sorte d'empatement dans la région inguinale droite, avec sensibilité exagérée au niveau du point de Mac-Burney. La température se maintint entre 100° et 101° F.

Le mercredi tous les symptômes s'amendent mais la température reste à 100°. Le jeudi de même.

Le vendredi, les symptômes s'améliorent. La température avoisine 99° et 99°,5 F. Cependant, tous ces jours la menstruation continua et la malade accusa une grande sensibilité et de la contracture musculaire dans la région cæcale. Les symptômes étaient tels, que le médecin fut obligé d'admettre une crise d'*appendicite*.

Le samedi, la malade eut une seconde crise très grave, accompagnée de signes de collapsus. Le pouls devint petit et rapide, la température monta à 102° et la malade sembla être en imminence de *rupture* d'un *abcès appendiculaire*. C'est dans ces conditions que je la vis pour la première fois, et je ne pus que me rallier au diagnostic d'*appendicite* avec rupture, car tous les symptômes semblaient relever de cette affection, sauf la *douleur* qui, au lieu de s'irradier en haut comme d'habitude, paraissait *s'enfoncer* dans le bassin.

Il y avait aussi le *ramollissement extrême* de l'*utérus* qui était contraire à l'idée d'*appendicite*. Cependant, il était évident que la malade avait un trouble localisé et que l'opération était indiquée. Les préparatifs furent faits et la malade transportée à notre « Savius Hospital ».

Elle sembla se remettre un peu ; mais étant donné l'état grave dans lequel elle se trouvait le matin, il fut décidé de surseoir à l'opération jusqu'au lendemain. La malade eut de violentes douleurs pendant la nuit, mais il n'y eut ni crise, ni attaque soudaine. Le matin elle était épuisée, très faible, son pouls était presque imperceptible.

L'état général était difficile à expliquer même en admettant la *rupture* d'un *abcès appendiculaire*.

Tous les préparatifs étant faits pour une laparotomie exploratrice, la malade fut anesthésiée et un examen minutieux fut pratiqué à l'aide du toucher vaginal. Celui-ci ne révéla rien qu'une sensation de *plénitude* du *vagin*, mais aucune tumeur, aucune inflammation circonscrite ne put être découverte.

L'opération fut commencée dans le but d'enlever l'*appendice* ; l'incision latérale fut pratiquée et agrandie rapidement jusqu'à l'*utérus*. La *trompe droite* fut trouvée très hypertrophiée. On la mobilisa rapidement et une ligature fut appliquée au ras de l'*utérus*. La *trompe* fut enlevée avec son contenu ainsi qu'une quantité notable de *péritoine* et du ligament large. Une grande quantité de sang et de caillots fut enlevée de la

cavité abdominale dans laquelle on trouva l'œuf expulsé de la trompe.

A peine l'incision du péritoine était-elle achevée, que l'appendice se fit voir atteint d'*inflammation* évidente, mais on ne l'enleva pas avant d'en avoir fini avec les difficultés rencontrées du côté de l'utérus ; ce n'est qu'alors qu'on l'enleva d'après la méthode ordinaire. Après un nettoyage complet avec des éponges et l'enlèvement de tous les caillots, l'incision abdominale fut fermée et suturée couche par couche au catgut.

Bien que très faible avant l'opération, le pouls radial étant à peine perceptible, la malade eut une convalescence non interrompue.

Elle n'a pas souffert depuis l'opération et rien n'a retardé la guérison. Il y eut bien un point superficiel de suppuration mais il n'intéressait que la peau.



CONCLUSIONS

I.—Quand une grossesse survient chez une femme atteinte d'appendicite, il peut en résulter une aggravation dans la majorité des cas. Cette aggravation peut se traduire : 1° par une ou plusieurs poussées inflammatoires du côté de l'appendice ; 2° par une tendance plus grande à la suppuration ; 3° par la possibilité d'une péritonite par perforation.

II. — L'appendicite survenant chez une femme enceinte n'amène pas toujours l'interruption de cette grossesse. Dans la plupart des cas cependant il y a avortement ou accouchement prématuré. Quelquefois, les accidents n'arrivent que pendant les suites de couches et mettent la femme dans un état spécial de réceptivité à l'infection produite par l'appendicite.

III. — Le pronostic de cette complication de la grossesse est grave, puisqu'elle amène la mort de la femme dans 34,7 0/0 des cas et que les enfants qui arrivent à terme, ou près du terme, meurent dans le 51,7 0/0 des cas.

IV. — L'intervention n'est pas contre-indiquée par le fait de la grossesse, car plus elle se fait à une époque moins rapprochée du terme, plus la grossesse a des chances de continuer.

V. — Le diagnostic est important à faire de bonne heure, car le traitement sera d'autant plus efficace qu'il sera précoce. L'expectation ne trouvera sa place que dans le premier degré confirmé. Dans toutes les autres variétés, il faut intervenir et intervenir le plus rapidement possible par la laparotomie.

Le Président de Thèse,
Paul BERGER.

Vu :
Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Médecine,
O. GRÉARD.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION.	3
CHAPITRE I. — Anatomie pathologique	5
CHAPITRE II. — Etiologie	13
CHAPITRE III. — Influence de l'appendicite sur la grossesse et <i>vice-versa</i>	15
CHAPITRE IV. — Symptomatologie	17
CHAPITRE V. — Diagnostic.	20
CHAPITRE VI. — Pronostic.	25
CHAPITRE VII. — Traitement	27
CHAPITRE VIII. — OBSERVATIONS.	31
CONCLUSIONS	69

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABRAHAMS. — *Amer J. of. Obst.*; 1897, t. XXXV, p. 205.
- ACHARD et BROCA. — *Bactériologie de 20 cas d'app. suppurée.* (*Bul. Soc. Méd. Hôp.*, 26 mars 1897).
- ARMSTRONG. — *Assoc. Med. Canad., New-Y. Med. J.*, p. 417, t. LII, 1890.
- BARADUC. — Cité par M. Reclus, *Bulletin Acad. Méd.*, 30 mars 1897, p. 377.
- BAYLEY. — *New-York Méd. Rec.*, 16 mars 1895, p. 342.
- BERGER. — *Bulletin Société Chirurgie*, 1894, p. 625-630.
- BLACK. — *Annales of Gyn. et Péd.*, juin 1897, vol. X, p. 525.
- BLANC. — *Inflammations péri-utérines dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.* *Rev. Obst. et Gynéc.*, Paris, 1892, VIII, p. 86, 115, 156, 188 et 207.
- BOULLIER. — Thèse Lyon, 30 nov. 1897.
- BOUVERET. — Thèse Boullier, 1897 (Obs. inédite).
- BUDIN et DOLÉRIS. — Discussion dans *Bulletin Société obstétricale de Paris*, 1897.
- BUDIN. — *Femmes en couches et nouveau-nés*, 1897.
- BULL. — *New. Med. Rec.*, 20 avr. 1890. *Boston Med. J.*, 1888
- CLADO. — *App. cæcal. Mém. Soc. Biol.*, 1892, p. 142.
- CRUTCHER. — *New-York. Méd. Rec.*, 1896, sep., p. 461.
- DEMELIN. — *L'Obstétrique*, 1897, 5 sept. (Obs. III).
- DIEULAFOY. — *Traité de Path. interne.*
- DIEULAFOY. — *Bulletin Acad. Méd.* Discussion du 9 mars, jusqu'au 11 mai 1897.
- FAISANS. — *Bulletin Soc. Méd. Hôpit.*, 1896, p. 228-239.
- HARRISSON. — *New-York Med. Rec.*, 5 janv. 1895, p. 29.
- HAYEM. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 26 mars 1897.
- HIRST. — *Repr. from. Ann. Gyn. et Péd., Proc. Phil. Obst. Soc.*, 1890-1891, p. 75-79.
- JALAGUIER. — *Traité chir. Reclus et Duplay*, Paris, t. VI, p. 501.
- LAROYENNE. — Thèse Boullier, 1897 (Obs. inédite).
- LE GENDRE. — *Revue Obst. et Péd.*, 1897, n° 112.
- LE GUERN. — Thèse, Paris, 1893.
- LETULLE et BONN. — *Presse Méd.*, 4 août 1897. *Lésions histologiques de l'append.*

- MAC-ARTHUR. — *Cincin. Lancet Clinic.*, 1895, n. s. XXXIV, 214-216 (Obs. Ann. Obst. J. N.-Y., 1895, XXXI, 181-185).
- MAC-BURNEY. — *New. Med. Journ.*, p. 719, t. XLVII, p. 188; *New-York Méd. Rec.*, 1892, p. 469.
- MARTINET. — Thèse, Paris, 1891.
- MIXTER. — *Boston Med. and Surg. J.*, 1891, t. XXV, p. 697.
- MONOD et VANWERTS. — *L'Appendicite*.
- MUNDÉ. — *New-York Med. Rec.*, 1894, t. XLVI, p. 678; *Med. Rec.*, New-York, 1895, XLVIII, 609-611; *New-York. Polyclin.*, 1895, V, 78-81.
- PAULIER. — Thèse Paris, 1875: *Contrib. à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite*.
- PENROSE. — *Ann. J. Obst.* 1896, p. 253.
- PILLIET et COSTE. — *Bull. Soc. Anat. J.*, 1895, p. 15; *Etude sur l'app. follic.*
- PINARD et VARNIER. — *Ann. Gynec.*, 1896, p. 38.
- RECLUS. — *Bulletin Med.*; *Clinique Laënnec*; *Revue chirurgie*, 1890. octobre; *Disc. aca. Med.*, 9 mars au 11 mai 1897.
- RICHELOT. — *Union Med.*, 1890; et *Bull. Med.*, mai 1897.
- ROBIN (Albert). — *Bulletin Acad. Med.* du 13 avril 1897, p. 448.
- ROUTIER. — *Sem. Med.*, p. 337, 1891.
- ROUX (de Lausanne). — *Revue Méd. Suisse Romande*, 1890-92; *Congrès chirurg. Paris*, 22 avril 1892; 7 octobre 1889; *Congrès chir.* 1895, p. 251.
- SCHAE. — Cité par Abrahams; *Amer. J. of Obst.*, 1897, t. XXXV, p. 205.
- SIMON (Jules). — *Bulletin Méd.*, 9 sept. 1891.
- STIMSON. — *New-York Med. J.*, 25 oct. 1890, p. 449.
- TALAMON. — *Méd. mod.*, 19 juin. 30 octobre 1890; *Coll. Debove*, article *App. et Typhlite*, 1892.
- THOMASSON. — *Med. Rec. New-York*, 1895, XLVIII, p. 407-409.
- TRÈVES. — *Soc. Med. Chir. Londres*, 11 juin 1889; *Woods monographie*, août 1891.
- TUFFIER. — *Revue Obst. et Péd.*, n° 112, 1897.
- VINAY. — Thèse Boullier, 1897 (obs. inédite).
- WIGGIN. — *Med. Rec.*, 23 janvier 1892, p. 109.

